

Hvilket rom gir de rettslige rammene for endring av
oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i
somatiske akuttmottak

Tord Kjesbu



Masteroppgave
Institutt for Helse og Samfunn,
Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Januar 2015

Hvilket rom gir de rettslige rammene for endring av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i somatiske akuttmottak

Bare de som tar sjansen på å gå litt lengre, kan finne ut hvor langt det er mulig å gå.

© Forfatter Tord Kjesbu

2015

Hvilket rom gir de rettslige rammene for endring av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i somatiske akuttmottak

Tord Kjesbu

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

I dag fokuseres det på oppgavedeling som et virkemiddel i helsepolitikken for å løse fremtidige ressursutfordringer i helsevesenet. Denne oppgaven er et bidrag til å se hvordan sykepleiere i akuttmottak kan overta oppgaver og operasjonalisere et helsepolitisk mål, uten å gå på bekostning av faglig forsvarlighet.

Helsepersonelloven åpner for å overføre oppgaver på tvers av profesjoner så fremt forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.

Det rettslige rommet for endring av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere avgjøres hovedsakelig av hva som til enhver tid er normen for god pasientbehandling i et akuttmottak. Faglig forsvarlighet er ikke et statisk begrep, men en norm og rettesnor som endrer seg over tid. Dersom en legger forsvarlighetskravet til grunn, er det trolig mulig å overføre flere oppgaver som tradisjonelt har vært legeoppgaver til sykepleiere.

Den kvalitative metoden gjennom fokusgruppeintervjuer avdekker hvordan sykepleiere i akuttmottak faktisk arbeider i praksis og hvilke oppgaver informantene mener kan overføres fra tradisjonelle lege- til sykepleieroppgaver. I funnene avdekkes det at det er gråsoner i hvilke oppgaver som utføres av leger og hvilke som utføres av sykepleiere. Det kan synes som om den uformelle oppgavedelingen utvikles i perioder når det hoper seg opp med mange pasienter i akuttmottaket og lege ikke er tilgjengelig. Da er det kompetente og erfarne sykepleiere som bretter opp ermene og redder pressede situasjoner fra å utvikle seg til uønskede hendelser og svikt.

Funn og litteratur indikerer at å formalisere oppgaveoverføring i akuttmottak til sykepleiere har potensiale til å gi fremtidens akuttmottak bedring i arbeidsflyt, pasientflyt og ressursutnyttelse innenfor de rettslige rammene for faglig forsvarlighet.

Kompetansen i sykepleierprofesjon er en sentral faktor i muliggjøringen av overføring av arbeidsoppgaver fra leger til sykepleiere samtidig som faglig forsvarlighet blir ivaretatt, innenfor de rettslige rammene.

Forord

Først og fremst en takk til arbeidsgiver som oppfordret meg til å søke på studiet og for tilrettelegging.

Takk til veileder Olav Molven for gjennomarbeidet forberedelse og veiledning.

Takk til alle og især Magne Flatlandsmo som har støttet og inspirert meg i denne masteroppgaven.

Takk til informantene som stilte opp og ga av seg selv.

Takk til kollokviegruppen, «Stigen». Dere har vært helt fantastiske å bli kjent med.

Takk til barna mine Emma og Kristine, som har ventet på at jeg skal bli ferdig.

Spesielt takk til min kone som har støttet meg, lyttet på meg og vært med på å stille spørsmål.

Innholdsfortegnelse

1	Tema og temavalg	1
2	Problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensning	3
2.1	Forskningsspørsmål	3
2.2	Avgrensning.....	3
3	Hva er et akuttmottak	4
3.1	Hvilke oppgaver utføres i akuttmottak	4
3.2	Hvilke faggrupper arbeider i akuttmottak	5
4	Teori	7
4.1	Forsvarlighetskravet	7
4.2	Kompetansen i sykepleierprofesjon.....	11
4.3	Litteratur – endring av oppgavefordeling.....	13
4.4	Oppsummering	20
5	Metode.....	22
5.1	Valg av metode for datainnhenting	22
5.2	Utvelgelse av undersøkelsesenheter	23
5.3	Fokusgruppeintervju som metode	25
5.4	Praktiske gjennomføring av intervjuene.....	25
5.5	Transkripsjon og kategorier.....	26
5.6	Reliabilitet og validitet	27
5.7	Metoderefleksjon og forutforståelse.....	28
5.8	Forskningsetiske overveielser.....	30
5.9	Innhenting av litteratur og kildebruk	30
6	Funn og analyse.....	33
6.1	Hvilke oppgaver utfører sykepleier?	33
6.1.1	Systematisk observere, vurdere og prioritere (triage)	33

6.1.2	Aktuelle strakstiltak.....	35
6.1.3	Oppsummering	37
6.2	Hvilke oppgaver utfører leger?.....	37
6.2.1	Konferere med fastlege og legevakten om innleggelse i sykehus.....	37
6.2.2	Utrede pasienten og fastsette behandling	40
6.2.3	Vurdere behovet for billeddiagnostikk.....	42
6.2.4	Vurdere behovet for legemiddelordninger	43
6.2.5	Oppsummering	44
6.3	Hvilke oppgaver utfører delvis lege og delvis sykepleier?.....	45
6.3.1	Organisering av oppgaver i akuttmottak: «Tradisjon» og «Gråsoner»	45
6.3.2	Pasient kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket.....	48
6.3.3	Vurdere behov for å rekvirere laboratorieanalyser	50
6.3.4	Utføre ventrikkeltømming ved akutte forgiftninger.....	52
6.3.5	Vurdere behov for og rekvirere enkle røntgenundersøkelser.....	53
6.3.6	Legge inn arteriekanyle.....	54
6.3.7	Vurdere behov for og ta arteriell blodgass	55
6.3.8	Igangsette akuttbehandling med non-invasiv ventilasjon (NIV) ved dyspné	57
6.3.9	Vurdere og igangsette behandling av pasienter med akutt forverring av kronisk sykdom	60
6.3.10	Vurdere og behandle DVT	61
6.3.11	Kontrollere blodprøve (INR) og regulere Marevandose	62
6.3.12	Ad hoc oppgavefordeling	63
6.3.13	Oppsummering	65
6.4	Samlet oppsummering og diskusjon.....	66
7	Konklusjon	71
	Litteraturliste	73
	Vedlegg 1. Informasjon om masterprosjektet.	79

Vedlegg 2. Intervjuguide.....	80
Vedlegg 3. Tilbakemelding fra NSD.....	82

1 Tema og temavalg

Helsetjenesten endrer seg stadig og hvem som utfører oppgaver vil aldri være fordelt en gang for alle. Den helsepolitiske debatten i kommune- og spesialisthelsetjenesten viser at det er et tydelig politisk fokus på temaet endring av oppgavefordeling (Helsedirektoratet, 2013) (Helsedirektoratet, 11-2013) (Helsedirektoratet, 2009).

Endring av oppgavefordeling er ikke et nytt fenomen. På 1970-tallet var det legemangel samtidig som behovet for spesialavdelinger utviklet seg. Dette skapte behov for sykepleiere med økt grad av spesialisering, noe som har bidratt til at det i dag finnes AIO-utdanninger som Anestesi- Intensiv- og Operasjonssykepleiere.

Intervjuer gjennomført i spesialisthelsetjenesten i 2013 (Helsedirektoratet, 2013) viser at flere oppgaver er overført fra leger til sykepleiere ved norske sykehus. Motivasjon og bakgrunn for oppgavedeling var mer effektiv pasientbehandling, mer effektiv arbeidsflyt, at personell/kompetansesituasjonen gjorde det nødvendig/mulig, reduksjon av ventetider, fjerning av "flaskehals" og at tekniske fremskritt gjorde det mulig. Et område der den teknologiske utviklingen har ført til endring av oppgavefordeling, er radiologien. Det var inntil få år siden utelukket at andre enn radiologer kunne vurdere og tolke bilder. Det har vært gjort endringer i utdannelsen til radiografene slik at radiografer i dag ikke bare fremstiller bilder, men kan beskrive og tolke bilder (Helsedirektoratet, 2013).

Oppgavedeling, oppgavefordeling, oppgaveglidning, jobbglidning, overføring av oppgaver er begreper som delvis benyttes om hverandre. Alle begrepene beskriver at en yrkesgruppe tar over oppgaver for en annen yrkesgruppe (Helsedirektoratet, 11-2013). I denne oppgaven er det hovedsakelig valgt å bruke uttrykket oppgavefordeling.

Oppgavefordelingen mellom leger og sykepleiere i akuttmottaket kan og bør være en naturlig del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Det utvikles nye standarder over tid, ved at det tilkommer ny kunnskap, ny teknologi eller endrede forutsetninger. Dette gir muligheter for nye måter å fordele arbeidet på.

Spørsmål som bør stilles ved en endring av oppgavefordeling er identifisert av National Health Service Scotland (National Health Service Scotland, 2012) og kan blant annet være; Hva er motivasjonen for endringen? Hvilken kompetanse trengs for å ivareta pasienten, og

hva må til for å lukke eventuelle kompetansegap? Hvordan kan den nye rollen oppdateres, slik at den fortsetter å være relevant? Sikrer organiseringen av oppgavefordelingen faglig forsvarlig pasientbehandling?

Sykepleiere og leger har i utgangspunktet overlappende kompetanse, og kompetansen endrer seg over tid (Befring, et al., 2004). Årsaker til at kompetanseendring er blant annet at studieplanene utvikles ut fra definerte krav fra myndighetene, samt resultater fra forskning og utvikling. Med kompetanse i denne oppgaven menes evnen til å gjøre noe på en hensiktsmessig måte (Koch, 2013).

En kartlegging av hvilke oppgaver sykepleiere utfører i et akuttmottak kan gi innsikt i hvor oppgavefordelingen mellom leger og sykepleiere er overlappende eller uklar, og om oppgaver kan overføres til sykepleierne innenfor de rettslige rammene for faglig forsvarlighet.

Målet med oppgaven er å belyse hvilke endringer som kan gjennomføres innenfor den rettslige forsvarlighetsrammen, ved systematisk å utnytte kompetansen i sykepleierprofesjon.

2 Problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensning

Oppgavens problemstilling er:

«Hvilket rom gir de rettslige rammene for endring av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i et akuttmottak»

2.1 Forskningsspørsmål

- A. Hvilke oppgaver har leger og sykepleiere i dag?
- B. Hvilke oppgaver kan overføres til sykepleiere uten at forsvarlighetskravet brytes?

2.2 Avgrensning

Dette er en feltstudie med fokusgruppeintervjuer av sykepleiergrupper i to akuttmottak. Informantene er med andre ord sykepleiere. Perspektivet eller synsvinkelen for oppgaven er fra sykepleiere i akuttmottaket. De har praktisk erfaring med oppgavedeling. Målet har vært å finne områder for oppgavedeling innenfor både praktiske og faglig forsvarlige rammer. Funnene i intervjuene relateres til litteratur på området. Styrker og svakheter med denne metodikken vil bli presentert i metodekapittelet.

Med bakgrunn i oppgavens omfang er det ikke intervjuet leger eller annet medisinsk personale. Dette kan ses på som en begrensning ved oppgaven.

3 Hva er et akuttmottak

Et somatisk akuttmottak er en del av den akuttmedisinske behandlingsskjeden som omfatter de tiltak og tjenester som er etablert for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt behandlingstrengende sykdom. I Norge består den akuttmedisinske behandlingstjenesten av prehospital tjeneste og akuttmottak i sykehus.

3.1 Hvilke oppgaver utføres i akuttmottak

Forløpet i akuttmottak er mottak, vurderinger, prioriteringer, utredninger, beslutninger av videre forløp og eventuelt oppstart av behandling (Norsk Akkreditering, 2010). Et somatisk akuttmottak er i dag preget av stor klinisk aktivitet, akutte prosedyrer og komplekse medisinske vurderinger (Helsedirektoratet, 2014). Akuttmottaket er en del av akuttberedskapen i sykehus (Norsk Akkreditering, 2010). I NOU 1998:9 (HOD, 1998) er øyeblikkelig hjelp i sykehus definert som: *«Henvvisning til eller mottak av pasienter i helseinstitusjon som har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie. Gjelder pasienter med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten»*.

Pasienter kommer til akuttmottaket via fastlege, legevakten, ambulansetjenesten, fra andre sykehus/helseinstitusjoner eller pasienter oppsøker akuttmottaket uanmeldt og direkte (Helsetilsynet, 2008). Aktivitetstall som de to sykehusene har oppgitt i intervjuene viser at 20% av pasientene kommer fra fastlege, 30% fra legevakt, 25% fra ambulansetjenesten og 25% andre helseinstitusjoner (sykehjem/sykehus). Et lite antall pasienter kommer uanmeldt og direkte. Det ene akuttmottaket oppgir 1000 pasientkontakter per måned, det andre 750. Av disse blir ca 75% innlagt på sykehus for videre observasjon og behandling. 25% av pasientkontaktene oppgis å være polikliniske, hvor pasienten enten blir ferdigbehandlet i akuttmottaket og reiser hjem, eller blir overført til annet sykehus/omsorgsnivå i helsetjenesten.

Når pasienten kommer inn i et akuttmottak gjennomføres en hastegradsvurdering, en triage. Triagering utføres av sykepleiere og/eller leger etter gitte prosedyrer. Det finnes flere internasjonale modeller for triagering av pasienter, Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), Emergency Severity

Index (ESI) (USA), Manchester Triage Scale (MTS) (Engebretsen , et al., 2013). Det er variasjoner mellom de forskjellige modellene for å organisere triageringen, men de har det til felles at videre hastegrad i pasientforløpet blir fastlagt.

Manchester Triage Scale (MTS) består av tre komponenter; pasientens sykehistorie, kliniske tegn og vitale parametere. Det er summen av disse tre som avgjør valg av hastegrad, for venting på videre undersøkelser og diagnostisering. Hastegraden prioriteres i grupper fra en til fem. Tidspunkt for ny vurdering av pasienten og behov for tilsyn av lege i akuttmottaket avgjøres av hastegraden pasienten fikk ved første triagering.

Triage som system ble registrert tatt i bruk i Norge i 2004. Studien «Bruk av triage i norske akuttmottak» fra 2013 (Engebretsen , et al., 2013) viser at triagering benyttes av 76 % av akuttmottakene. I Norge er det hovedsakelig sykepleiere som gjennomfører og har ansvaret for triageringen (Engebretsen , et al., 2013).

Oppgavene i et akuttmottak er i stor grad repetitive, og det er ofte grad av standardisering. Helsedirektoratet har utgitt en nasjonal veileder for drift og organisering av akuttmottakene (Helsedirektoratet, 2014). Denne omtales videre som «Nasjonal veileder». Oppgavene i akuttmottak, og hvordan disse i praksis fordeles, blir presentert og diskutert i lys av forsvarlighetskravet, kompetansen i sykepleierprofesjonen og litteratur i kapittel 6.

3.2 Hvilke faggrupper arbeider i akuttmottak

Personell og kompetanse knyttet til akuttmottak må ses i forhold til de oppgaver akuttmottaket skal løse (Helsedirektoratet, 2014). Medisinsk utvikling, etablerte pasientforløp og fokus på tidlig målrettet behandling gjør at behandlingen som tidligere ble gjennomført i spesialavdelinger ofte i dag starter i akuttmottaket. Høy aktivitet kombinert med multisylke eldre stiller store krav til kompetansen hos sykepleiere i akuttmottak (Helsedirektoratet, 2014).

Staben i akuttmottaket er hovedsakelig sykepleiere med og uten spesialutdanning, mens legene vanligvis er tilknyttet andre sykehusavdelinger. Den faglige sammensetningen ellers i et akuttmottak er normalt personell fra flere avdelinger i sykehuset (Helsetilsynet, 2008). Det kan være ambulanspersonell, leger fra forskjellige spesialiteter, bioingeniør og radiograf/radiolog. Denne organiseringen av ressurs- og kompetansen innebærer at lederen i

akuttmottaket ikke har full styring over ressursene (Helsetilsynet, 2008). Samtidig har lederen det faglige ansvaret for at oppgavene i akuttmottaket utføres faglig forsvarlig.

4 Teori

4.1 Forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet er nedfelt i Helsepersonelloven § 4 (Helsepersonelloven, 2012) og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Helsepersonelloven er profesjonsnøytral, noe som åpner for å fordele oppgaver på tvers av profesjongrensene så fremt forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt (Helsedirektoratet, 2013). I «Nasjonal veileder» (Helsedirektoratet, 2014) blir operasjonaliseringen av myndighetskravene tydeliggjort.

Overføring av oppgaver forutsetter at sikring av faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er ivaretatt (Helsepersonelloven, 2012). Hvilke oppgaver som skal ivaretas av sykepleiere eller leger i akuttmottak vil avhenge av den enkeltes real- og formalkompetanse og oppgavens art (Kjønstad, 2005).

Det rettslige begrepet forsvarlighet er et minstekrav til faglig standard. På den ene side skal behandlingsstandarden ved sykehusene være god og i samsvar med gjeldende normer og retningslinjer for pasientbehandling. Driften og organiseringen av pasientbehandlingen skal legges opp etter dette. På den annen side er begrepet forsvarlig pasientbehandling et bredt begrep. Behandlingen blir også «godtatt» innenfor rettslige rammer for forsvarlighet selv om den ikke er helt god, eller litt kritikkverdig, ikke helt adekvat (Molven, 2012).

I forarbeidene til Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2010-11), understreker Helsedepartementet at forsvarlighetsbegrepet etter Helsepersonelloven § 4 er en rettslig standard og at innholdet av forsvarlighetskravet ikke står fast en gang for alle. At kravet om forsvarlighet er en rettslig standard, innebærer at forsvarligheten bestemmes av normen for god behandling. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2010-11). Forsvarlighetskravets innhold vil utvikle seg i takt med kunnskapen innenfor helse- og omsorgsfagene og endringer i verdioppfatninger. En normativ tilnærming til faglig forsvarlighet innebærer at Helsedepartementet ikke fremlegger en detaljert og uttømmende angivelse av hva som vil være innenfor eller utenfor lovens forsvarlighetskrav.

For å vurdere om oppgaver kan overføres fra en yrkesgruppe til en annen må forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven vektlegges. Det betyr at de som skal utføre ulike typer faglige arbeid, må ha en formal- og realkompetanse som gjør at de kan utføre arbeidet på en «sikker og tjenlig måte» (Molven, 2012). Forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 er basert på følgende i kravet til helsepersonellet, for at utøvelsen vurderes til forsvarlig:

- *Den enkeltes kvalifikasjoner*

Faglig tilhørighet, formell utdanning og reelle kvalifikasjoner, for eksempel vil lang eller kort erfaring kunne legges til grunn. Målestokken henger sammen med sykepleieres grunnutdanning, videreutdanning og vedkommendes personlige og praktiske erfaring (Befring, et al., 2004) (Molven, 2012).

- *Arbeidets karakter*

Hvilke oppgaver er man satt til å utføre? Arbeidsgiver er ansvarlig for å ansette personell med tilstrekkelige kvalifikasjoner til å utføre oppgavene forsvarlig. Stilles det for eksempel krav til å beherske et bestemt medisinsk utstyr, ivareta oppfølging når pasientenes tilstand endrer seg, i akutte eller komplekse situasjoner? Er den ansatte kvalifisert til å ivareta oppgavene, og er det evt. utarbeidet en plan for nødvendig etter-/videreutdanning?

- *Situasjonen forøvrig*

En situasjon preget av underbemanning, høyt sykefravær og overbelegg av pasienter vil innvirke på forsvarligheten. Befring (Befring, et al., 2004) skriver at forsvarlighet ikke innebærer at behandlingen og oppfølgingen til enhver tid skal være optimal. Molven (Molven, 2012) viser til at forsvarlighetskravet varierer i forhold til helsepersonell og det vil også variere om det foreligger klare retningslinjer, og en klar ansvarfordeling versus mangel på retningslinjer og ansvarsfordeling.

Helsepersonelloven § 5 sier at dersom «det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis» kan helsepersonell bruke «medhjelper». Medhjelperen skal være underlagt kontroll. Loven setter også som ramme at behandling skal utføres av autorisert helsepersonell. Medhjelperfunksjonen er en delegering som vanligvis skal være personlig, fra person til person (Befring, et al., 2004) (Helsepersonelloven, 2012) (Molven, 2012). I sykehus kan det likefullt være rutiner hvor medhjelper-funksjon er gitt til en gruppe sykepleiere (Befring, et al., 2004) (Helsepersonelloven, 2012) (Molven, 2012). Et eksempel funnet fra intervjuene, er utdeling av medikamenter etter «akutt standard» i akuttmottaket.

Helsepersonelloven med kommentarer (Helsepersonelloven, 2012) i § 11 setter noen begrensninger for hvilke oppgaver som kan overføres fra en yrkesgruppe til en annen. Dette gjelder retten til å rekvirere legemidler og bestemme bruk og dosering. Dette er det bare leger som har rett til, og tannleger har en begrenset rett. Helsesøstre, jordmødre, tannpleiere og optikere har også en viss rett, men den er ytterligere begrenset. I kommentarer til § 11 av reseptbelagte legemidler står det «*enkelte helsepersonellgrupper uten rekvireringsrett kan ved virksomhetsinterne prosedyrer gis rett til å ordinere legemidler, jmfør forskrift om legemidelhåndtering*». Hovedregelen at det er lege som rekvirerer legemidler og bestemme bruk og dosering.

Molven beskriver i Helse og Jus (Molven, 2012) at hva som er medisinske spørsmål (definert i § 4 tredje ledd i Helsepersonelloven) og hva som er andre spørsmål, ikke er like opplagt. Molven beskriver videre at dette i utgangspunktet er klart: Legene bestemmer utrednings - og behandlingsregimet, herunder tar de for eksempel avgjørelser om hvilke blodprøver som skal tas, bruk av CT, operative inngrep, medikamentell behandling, bruk av anestesi.

Loven er konkret på at ved samarbeid med annet helsepersonell er det lege som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål når det gjelder undersøkelser og behandling av enkeltpasienter (Helsepersonelloven § 4).

Hva når det foreligger såkalt overlappende kompetanse (Kjønstad, 2005)? Overlappende kompetanse i et akuttmottak er områder hvor flere profesjoner har faglig kompetanse til å gi helsehjelp. Skal lege treffe beslutninger i medisinske spørsmål alene ved overlappende kompetanse? Kjønstad (Kjønstad, 2005) redegjør for tre løsninger som hver for seg kan gi forskjellige handlingsrom innenfor de rettslige rammer for endringer av oppgavefordeling i akuttmottak.

Første alternativ er at lege har enekompetanse med hjemmel i Helsepersonelloven § 4. Her kan lovgivers forarbeider tolkes til at leger generelt har mer medisinsk kompetanse enn andre helsepersonellgrupper. Det er derav naturlig å forstå at leger har den endelige beslutning (Kjønstad, 2005).

En annen løsning kan være at den best kvalifiserte, uavhengig av profesjon, treffer avgjørelsen i medisinske spørsmål (Kjønstad, 2005). I tolkningen av «medisinsk spørsmål» referer Kjønstad til forarbeidene, hvor departementet ikke finner det hensiktsmessig å gi leger instruksjonsmyndighet i spørsmål der andre profesjoner har like høy eller høyere kompetanse.

Det tredje alternativet kan være å tolke begrepet «medisinsk spørsmål» innskrenket slik at det i liten grad oppstår konflikter i beslutninger mellom helsepersonell. Med dette utgangspunktet tolkes begrepet «medisinsk spørsmål» så snevert at eventuelle områder som overlapper blir eliminert eller svært lite. Kjønstad (Kjønstad, 2005) referer til et brev fra helseministeren som siteres i sosialkomiteens innstilling, som tolkes i en slik retning: «*En rekke helsefagutdanninger gir kvalifikasjoner som karakteriseres som medisinske kvalifikasjoner*».

Kjønstad konkluderer med at når det gjelder styringsretten i helsevesenet skal det legges vekt på lovens oppbygning og ordlyd. Da blir grunnprinsippet i Helsepersonelloven § 4 første ledd at alle skal utøve forsvarlig virksomhet. Etter § 4 andre ledd (Helsepersonelloven) skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, herunder innrette seg etter sine begrensinger i sine kvalifikasjoner. Videre mener Kjønstad at i § 4, tredje ledd (Helsepersonelloven), at der det foreligger overlappende kompetanse, er lege gitt myndighet til å ta beslutninger i medisinske spørsmål.

Dette fordrer at arbeidsgiver organiserer, koordinerer og styrer i forhold til forsvarlighetskravet i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Hvis oppgavene organiseres innenfor forsvarlighetskravet er det muligheter for overføring av oppgaver.

Linjeledelsen har ansvar for at tjenesten er forsvarlig. Virksomheten må ha oppgavefordeling, rollebeskrivelse og opplæringskrav tydelig nedtegnet i styringsdokumenter som så inngår i virksomhetens internkontrollsystemer (Molven, 2012).

Det finnes ikke et enkelt svar på når overføring av oppgaver til sykepleiere er utenfor forsvarlighetskravet. For at overføring av oppgaver fra lege til sykepleier skal være innenfor forsvarlighetskravet må overføringen anses i å være i samsvar med god faglig standard (norm) (Molven, 2012) (Molven, 2009). Hva som er faglig god standard endrer seg over tid. I velorganiserte akuttmottak som har oppgavefordeling, rollebeskrivelse og opplæringsprogram nedtegnet, er det muligheter til å endre på oppgavefordelingen fra leger til sykepleiere uten å bryte forsvarlighetskravet.

4.2 Kompetansen i sykepleierprofesjon

I en rapport om nye oppgaver og nye roller i Europas helsevesen (Brusselkontoret, 2012) sies det om de norske sykepleiere at det er en høyt akademisk utdannet helsepersonellgruppe. Helsepersonelloven sier at bedømmelse av hvorvidt helsepersonell anses å handle faglig forsvarlig skal gjøres ut fra hva en kan forvente ut fra helsepersonellets kompetanse, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 2012). I spørsmålet om det rettslige rommet for faglig forsvarlighet åpner for overføring av oppgaver fra lege til sykepleier, blir den formelle bakgrunnen til sykepleiere sentral.

Sykepleiens særegne funksjon er «å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov» (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Sykepleie er en praktisk disiplin med et naturvitenskapelig, mellommenneskelig, moralsk fundament som iverksettes gjennom omsorg, pleie, forebyggende og helsefremmende arbeid (Norsk Sykepleierforbund, 2008). I akuttmottak blir sykepleieres rolle i behandlingen og det tverrfaglige samarbeidet mer fremtredende enn ved andre avdelinger.

Et av vilkårene for faglig forsvarlighet er at helsepersonellet holder seg innen sitt fagområde og ikke overskrider sine kvalifikasjoner (Molven, 2012). Profesjonsutviklingen av sykepleierne kan karakteriseres som en akademisering. En akademisk tilnærming kan forenklet fremstilles som «evnen til å avveie kompliserte hensyn » (NOU 3, 2008).

Den akademiske utviklingen av sykepleiefaget gjør sykepleieres kompetanse mindre avhengig av hvilke situasjoner den enkelte har vært involvert i, samtidig som håndverket utvikles gjennom praktisk erfaring. Det er mye som tyder på at den akademiske utviklingen av sykepleien har ført til økt kunnskapsnivå og mulighet til overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere i akuttmottak (Brusselkontoret, 2012).

På 1950-tallet inntok sykepleierne academia. I boken Kall og kamp (Melby, 1990) henvises det til at denne endringen i sykepleien starter med Elsa Semmelmann som brakte vitenskapeliggjøringen av sykepleien fra Amerika i 1952. Sykepleierfaget har perioden fra 1960 utviklet seg i spenningsfeltet mellom å være klinisk nok til at sykepleiepraktikerne kan ha nytte av det, og vitenskapelig nok til å være på høgskole- og universitetsnivå (Fause, et al., 2002).

Gjennom beskrivelsen av læringsformer kan sykepleiens utvikling forstås fra å være et praktisk og handlende yrke, til et yrke med en kombinasjon av praksis og vitenskapsteoretisk retning. I et notat fra Historisk Fakultet i Bergen i 2009 (Vennesland, et al., 2007) beskrives forskjellige læringsprosesser, inkludert akademisk læring. Notatet beskriver fire forskjellige læremåter; Erfaringslæring, mesterlæring, profesjonslæring og akademisk læring.

Alle disse formene for læring er relevante for dagens sykepleiere, men akademisk læring er mest relevant i forhold til utvikling av en metodikk som kan benyttes til å utvikle kritisk sans i forhold til å analysere tekster og situasjoner i løpet av sin karriere (Erlie, et al., 2010). En faktor som skiller akademisk læring fra andre læremåter er dens skriftlighet. Akademisk læring er en teoretisk læringsform.

Gjennom akademiseringen har sykepleiere i dag en kompetanse til selvstendig å bruke kvalitativ og kvantitativ forskning som et fundament for mesterlæring og erfaringslæring.

Sykepleierutdanning gir 180 studiepoeng. Den består av en generell del som utgjør 30 studiepoeng, fordelt mellom vitenskapsteori, forskning, etikk og samfunnsfaglige emner. De resterende 150 studiepoeng består av sykepleiernes faglige og vitenskapelige yrkesgrunnlag. Dette inkluderer medisinske og naturvitenskapelige emner som anatomi, fysiologi, biokjemi, generell patologi, sykdomslære, farmakologi, mikrobiologi, infeksjonssykdommer og hygiene (Omsorgsdepartementet, 2008). Utdanning inneholder også temaer som ikke er direkte relatert til medisin, og inkluderer yrkesetiske holdninger, fagutvikling, kvalitetssikring, forskning og organisasjon, ledelse, politikk og lovverk (Omsorgsdepartementet, 2008). Innholdet i sykepleierutdanning viser at sykepleiere har en solid akademisk plattform som de bygger videre på når de kommer ut i arbeidslivet.

Faglig forsvarlig sykepleie forutsetter kontinuerlig omsorg og observasjon av pasienten, noe som er sentralt i utøvelse av sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Evnen til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansning.

Storbritannia og Finland er foregangsland innenfor utvikling av spesialisering i avansert klinisk sykepleie (Brusselkontoret, 2012). Disse landene har overført flere tradisjonelle legeoppgaver til sykepleiere. Finland etablerte masterutdanning i 2003. Norge har kommet etter og har i dag mange tilsvarende muligheter for spesialisering. Det er utviklet videreutdanninger i akuttsykepleie med mulighet for mastergrad ved flere av landets

høgskoler (Helsedirektoratet, 2014). Erfaringene fra Finland og Storbritannia vil være gode innspill i prosessen med videreutvikling av den norske sykepleie.

4.3 Litteratur – endring av oppgavefordeling

I litteratursøkene finnes det lite kunnskapsoppsummeringer om endring i oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, og særs lite fra akuttmottak.

Dette bekreftes også i kildehenvisningen i rapportene «Utdanne nok og utnytte godt» (Helsedirektoratet, 2009) og «Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten» (Helsedirektoratet, 2013).

Dette henger muligens sammen med at oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten er et fenomen som til nå har vært viet relativt lite oppmerksomhet i Vest-Europa, utover Storbritannia. USA startet med endring av oppgavefordeling i primær- og spesialisthelsetjenesten på 1960-tallet. Det ble på 1990-tallet rapportert om at sykepleiere på egen hånd tok seg av omkring fire prosent av pasientene ved amerikanske akuttmottak (Helsedirektoratet, 2009). Til sammenligning beskriver ikke Helsedirektoratets rapport om spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 11-2013) at noen sykepleiere på egen hånd tar seg av pasientene i akuttmottak i Norge.

I rapporten fra Helsedirektoratet «Utdanne nok og utnytte godt» finnes det kunnskapsoppsummeringer fra primærhelsetjenesten på temaet oppgavefordeling (Helsedirektoratet, 2009). Der presenteres følgende: Sykepleiere leverer tilsvarende, og i noen tilfeller bedre kvalitet enn leger når de overtar tradisjonelle legeoppgaver. Pasientene er mer tilfredse med behandlingen når den utføres av sykepleiere. De utfører lengre og flere konsultasjoner og oppfølginger. Sykepleiere utfører ofte flere undersøkelser per konsultasjon enn leger. Samtidig viser studiene at behovet for leger i mange tilfeller ikke reduseres. Legerressurser som blir frigjort fra enkelte tradisjonelle legeoppgaver, brukes i stedet til mer tid på andre oppgaver, slik som mer tid med de mer kompliserte pasientene (Helsedirektoratet, 2009).

Tidsskriftet Sykepleien presenterte en gjennomgang av 21 internasjonale artikler om effektene av standardiserte behandlingslinjer (pasientforløp) (Biringe, et al., 2013). Gjennomgangen var en generell gjennomgang av behandlingsforløp, inkludert akuttmottak. Oftest starter

behandling i akuttmottaket, og i «Nasjonal veileder» understrekes det at behandlingen bør igangsettes før forflytning (Helsedirektoratet, 2014) Standardiserte behandlingsforløp viser seg å ha bedre pasientresultater og ressursutnyttelse (kost-nytte-ratio) (Campell, et al., 1998) (Rotter, et al., 2010) (Herck, et al., 2004) (Panella, et al., 2009). Det har oftest blitt tatt i bruk på homogene grupper, som for eksempel hoftebruddspasienter, med ensartet forløp (Jensen , et al., 2007). Studiene viser at standardiserte behandlingsforløp også har stort potensiale for bruk på pasientgrupper med mer komplekse behov og sammensatt sykdomsbilde.

Rapporten «Nye oppgaver, nye roller- Europas helsevesen i endring» påpeker at internasjonal litteratur viser at i de landene hvor overføring av oppgaver er mest utbredt er det som en følge lav lege-sykepleierpersonell-ratio og økonomi (Brusselkontoret, 2012). Når rapporten ser på oppgaveføring i verden er det Storbritannia og Finland som var tidligst ute i Europa. I tillegg har Danmark innført en rekke tiltak i retning av Storbritannia. Av de ikke-europeiske landene, påpekes det at man i Canada og USA som har kommet betydelig lengre i endring av oppgavefordeling enn i Europa.

Storbritannia har arbeidet med systematisk endring av oppgavefordeling, spesielt hva angår utvidede roller og oppgaver for sykepleiere. Den generelle sykepleierutdannelsen i Storbritannia er en bachelorgrad. I perioden 2001–2005 utviklet en i Storbritannia programmet «Changing Workforce» og et av resultatene var utviklingen av «Nurse Practitioners». Nurse Practitioners har en spesialsykepleierutdanning, og disse ivaretar i dag en rekke oppgaver som tidligere var, og i mange land fortsatt er, legeoppgaver. Dette inkluderer å stille diagnose, utføre screeninger, samt å skrive ut medisiner. I Storbritannia kom retten til å skrive ut medisiner på 1990-tallet og i 2006 fikk Nurse Practitioners full individuell rett til å skrive ut medisiner, med unntak av visse narkotiske stoffer.

Det nasjonale programmet «Modernising Nursing Careers» startet i Storbritannia 2006, og har resultert i en rekke tiltak, prosjekter og publikasjoner (Health, 2011). Bakgrunnen for programmet var en kombinasjon av et behov for bedre ressursutnyttelse og mangel på leger.

Et veiledningsprosjekt gjennomført i regi av dette programmet utviklet et rammeverk for veiledning av nye helsearbeidere «Flying Start England» (National Health Service Scotland, 2014). Dette inneholder en opplæringssystematikk til bruk for ledere, mentorer og den nyansatte.

Det ble også utviklet et veikart for kvalitet i sykepleietjenesten «The Nursing Roadmap for Quality», som ble publisert i 2010 (Health, 2010). Dette var et bidrag til å hjelpe sykepleiere til å få bedre oversikt over kvaliteten av deres arbeid og foreslår forbedringstiltak.

Videre har NHS Scotland utviklet nettsiden «Advance Nursing Practice Toolkit» (National Health Service Scotland, 2012). Dette er et verktøy som inneholder veiledning, beste praksis, definisjoner og et rammeverk for gjennomføring av oppgavefordeling og utvikling av sykepleieres utvidede rolle i helsevesenet.

Det har også blitt arbeidet med et prosjekt som har hatt som mål å utvikle et «kompetansepass» (Skills for Health, 2014). Dette nettbaserte verktøyet skal følge den enkelte sykepleier og viser sykepleieres kompetanse, spesialisering, arbeidserfaring og prestasjoner. Denne tilnærming til systematikk i dokumentasjon av kompetansebygging kan ha overføringsverdi til norsk helsevesen og til akuttmottak.

Studien «Reliability of ophthalmic accident and emergency referrals: a new role for the emergency nurse practitioner?» (Ezra, et al., 2005) inkluderte omtrent 100 000 pasienter med øyehenvvisninger. Den viser at sykepleiere med opplæring (emergency nurse practitioner) var mer nøyaktige i historikken, beskrivelse og foreløpig diagnostikk enn leger.

Artikkelen «Do emergency department physiotherapy practitioners, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently?» (Ball, et al., 2007) så på behandlingsforskjeller mellom fysioterapeuter, sykepleiere og leger for en bestemt pasientgruppe ved en legevakt. Resultatet var at det ikke var signifikant forskjell mellom hvem som ble sendt til radiologisk undersøkelse, og heller ikke signifikante forskjeller mellom hvem som ble vurdert til å ha fraktur. Det var dog en forskjell i at leger ga flere pasienter med bløtvevsskader nonsteroidant-inflammatoriske legemidler. Sykepleiere tilbød mere bandasjer og fysioterapeutene henviste betydelig flere pasienter til fysioterapi.

I multisenterstudien «Can accident and emergency nurse practitioners interpret radiographs?» (Meek, et al., 1998) ble tolkning av ekstremitetsrøntgenbilder utført av lege og akuttsykepleier sammenlignet. Studien inkluderte 13 legevakter. Konklusjonen var at opplært akuttsykepleier i legevakt holdt en tolkningsstandard på nivå med lege som har mer enn fem måneders erfaring.

Studien «Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomized controlled trial» (Sakr, et al., 1999) viste at sykepleiere som opplæres i «mindre skader», tradisjonelle legeoppgaver ved akuttmottak, er like effektive som «junior doctors». De opplærte sykepleierne er like gode når det gjelder behandling og noe bedre når det gjelder behandlingsutfall. De opplærte sykepleierne viste også i denne studien at de kunne foreskrive medisiner på en trygg og forsvarlig måte. Denne studien konkluderer med at sykepleiere med riktig opplæring og klare retningslinjer kan behandle «mindre skader» med like godt utfall som «junior doctors»

Artikkelen «Triage nurse requested X-rays - are they worthwhile? » (Lindley-Jones, et al., 2000) omhandler hvorvidt sykepleiere kan vurdere definerte grupper pasienter til radiologi, før pasienten er tilsett av lege. Metoden som ble brukt var en prospektivt randomisert kontrollert studie av pasienter med en form for fallskader, «walking wounded». Dataene ble samlet inn over to tvekårsperioder. Konklusjonen var at akuttmottak som har system hvor opplærte sykepleiere (triage nurses) kan rekvirere radiologi, gir raskere hastighet gjennom akuttmottaket uten reduksjon i kvalitet. Tidsreduksjonen i studien var 36 % (Lindley-Jones, et al., 2000).

I en artikkel i det dansk lege tidsskriftet «Optimeret modtagelsesprocedure for hoftefrakturpatienter» (Jensen , et al., 2007) presenteres en studie hvor hoftefrakturpasienter fulgte et standardisert forløp. Formålet med denne undersøkelsen var å undersøke effekten av å optimalisere og standardisere mottaksprotokollen. Metoden som ble brukt var en prospektiv, deskriptiv intervensjonsstudie med to grupper à 150 pasienter med hoveddiagnose hoftefraktur. Den tradisjonelle mottaksprosedyren hadde median på 251 minutter, som ble redusert til 185 minutter etter å ha optimalisert mottaksprosedyren. Konklusjonen var at å optimalisere og standardisere mottaksprosedyren ved å gi opplærte sykepleiere ansvaret for iverksettelse av relevant diagnostikk, smertelindring og væskebehandling, medførte omtrent en time raskere gjennomføring av mottaksprosedyren, uten reduksjon i kvaliteten.

I tidsskriftet Læger har Pedersen og Storm publisert en randomisert studie, «Röntgenundersøgelser i skadestuen ordineret af laege eller sygeplejerske» (Pedersen , et al., 2009), som vurderte effekten av å sende pasienten direkte til røntgenundersøkelse etter at pasienten hadde vært hos en «behandlersygeplejerske» i stedet for via en skadestuelege. Resultatene var at ventetiden ble redusert betraktelig, pasienten var fornøyd og at sykepleiere mestret oppgaven.

I 2010 ble det i USA gjennomført en studie kalt «Emergency Department Ultrasound by Nurse Practitioners» (Henderson, et al., 2010) som vurderte hvorvidt sykepleiere med opplæring kunne gjennomføre «bedside ultrasound» i akuttmottak. Resultatene av studien var at sykepleiere med 16 timers kurs på forsvarlig vis kunne gjennomføre enkle ultralydundersøkelser ved sengen.

Studien som er presentert i artikkelen «Diagnostic accuracy of emergency nurse practitioners versus physicians related to minor illnesses and injuries» (Linden, et al., 2010) undersøkte forskjellen i antall ikke-diagnostiserte mindre skader og feilaktige vurderinger mellom akuttsykepleiere «Emergency Nurse Practitioner» og leger «junior doctors». Metoden var en deskriptiv kohortstudie med 741 pasienter behandlet av akuttsykepleier og en like stor gruppe behandlet av lege. Resultater fra denne studien var at det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom akuttsykepleiere og leger når det gjaldt antall oversette skader.

I Singapore «Comparing triage evaluation of adult dyspnea patients between emergency nurses and doctors using simulated scenarios» (Lim, et al., 2013). Det ble brukt en simuleringsmaskin «SimMan 3G» for å vurdere leges og sykepleiers kompetanse til å gjøre observasjoner av pasienter med dyspné. Konklusjonen var at akuttsykepleiere med opplæring kunne observere og vurdere pasienter med dyspné like effektivt på simulatormaskinen, som lege.

«Veileder for landsomfattende tilsyn 2007. Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus» (Helsetilsynet, 2007), er en kilde som kan gi en indikasjon på tolkning av rettslige rammer for organisering av akuttmottak. Veilederen ble utarbeidet før det landsomfattende tilsynet av akuttmottak i 2007. Den viser hvilke områder Helsetilsynet valgte ut for å vurdere hvorvidt pasientbehandling i akuttmottak var forsvarlig. Disse områdene var sikring av forsvarlig mottak, undersøkelse og behandling av pasienter (Helsetilsynet, 2007). Formålet med tilsynet var å undersøke hvordan helseforetakene ivaretok sitt ansvar og å gi innspill til hvordan akuttmottak skulle organisere seg for å drive faglig forsvarlig. Tilsynet var avgrenset fra pasienten ankommer akuttmottaket til pasienten forlater det. Tilsynet var en systemgjennomgang hovedsakelig forankret i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Veilederen inkluderte tilsyn av internkontrollsystemer og funksjonaliteten av disse. Etter denne store gjennomgangen av 27 norske akuttmottak kom rapporten «Mens vi venter» (Helsetilsynet, 2008).

Funnene i rapporten «Mens vi venter - forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?» (Helsetilsynet, 2008) ble inndelt i to hovedpunkter som beskriver de største truslene mot forsvarlig drift i akuttmottak – samtidighetsutfordringer og mangelfull styring og ledelse.

Rapporten presenterer mulige risikoreduserende løsninger for å ivareta faglig forsvarlighet, med henblikk på hovedfunnene.

Under det første punktet, samtidighetsutfordringer, fokuserte tilsynet på mottak, prioritering og overvåkning av pasienter. Tre kritiske områder ble identifisert; det var ikke omforent prioritering (vurdering av hastegrad) av pasientene mellom lege og sykepleier, det manglet organisering av oppfølging av pasienten før legetilsyn og før pasienten ble overført til post.

Under det andre punktet, mangelfull styring og ledelse, beskrives svakhetene ved dagens organisering og overordnede løsninger angis på hvordan koordinering og styring kan sikre forsvarlig pasientbehandling. Det ble videre fokusert på rutiner, ansvar, oppgaver og myndighet. Å videreutvikle kompetansebygging, kompetansestyring og om å lære av svikt og uønskede hendelser for å sikre forsvarlig pasientbehandling, var områder som ble ansett som viktige for akuttmottakene.

Helsetilsynet slår fast at ledelsen i helseforetakene har ansvaret for å sikre at de daglige arbeidsoppgaver er planlagt, organisert og utført i samsvar med kravene i helselovgivningen. Det ble i denne rapporten stilt spørsmålsteget ved om hvorvidt akuttmottakene var faglig forsvarlig i «hverdagskriser» og ved «samtidigetskflikter».

Det private firmaet Norsk Akkreditering har utviklet et veiledningsdokument til akuttmottak; «Veileder til ISO 9001:2008 for Akuttmottak» (Norsk Akkreditering, 2010). Formålet med dette dokumentet er å gi en presisering av spesifikke myndighetskrav og å gi veiledning for akuttmottak ved tolkning og implementering av krav i akkrediteringssertifisering etter NS-EN ISO 9001:2008. Dette skal være et system for kvalitetssikring av akuttmottak og konkretiserer system for kvalitetsstyring, ledelsens ansvar, ressursstyring og realisering av kjerneaktivitetene. Dokumentet presiserer at ledelsen skal definere kompetansebehov for ulike faggrupper og funksjoner. Det blir også gjort en konkretisering av hva som er kjerneoppgavene i akuttmottak; mottak, vurderinger, prioriteringer, utredninger, beslutninger av videre forløp og eventuelt oppstart av behandling.

Det er på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en «Nasjonal veileder for organisering og drift av somatiske akuttmottak» fra Helsedirektorat (Helsedirektoratet, 2014). Deres anbefalinger og krav i veilederen til akuttmottak tar utgangspunkt i krav til forsvarlig virksomhet og krav til ledelse i spesialisthelsetjenesteloven, samt krav nedfelt i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Under følger en gjennomgang av veilederen under organisering, drift, klinisk virksomhet og personell og kompetanse.

I organisering skriver Helsedirektorat i «Mens vi venter» (Helsetilsynet, 2008) og «Nasjonal veileder» (Helsedirektoratet, 2014) at det er 45 sykehus med ulike former for somatiske akuttmottaket her i landet. De peker også på at ulike størrelser og funksjoner ikke er til hinder for at det kan utvikles forsvarlige modeller utfra lokale forutsetninger. For at et akuttmottak skal være faglig forsvarlig, må det ha en organisasjonsmessig plassering i foretaket som tilfredsstillende behovet for enhetlig ledelse. Der hvor leder ikke er en lege, skal det være en tydelig beskrivelse av ansvarfordelingen for akuttmottaket og oppgaver til medisinsk faglig rådgiver. Det skal være medisinsk ansvarlig lege med ansvaret for akuttmottaket hver enkelt dag. Akuttmottak bør ha strukturert, regelmessige kontakt med samarbeidene deler av helsetjenesten. Det bør også etableres nettverk regionalt og regionalt.

I lovverket stilles det krav til etablering av systemer med beskrivelse av gjensidige forventninger og krav for å sikre et godt samarbeid med henvisende instanser. Akuttmottaket må ha lokaler og utstyr som sikrer at det kan stilles diagnoser og overvåkning, samt starte behandling før pasienten flyttes over til sengeposten. For å sikre forsvarlig drift, må ledelsen ha oversikt over aktivitet som grunnlag for styringen. Ledelsen må sørge for tiltak for å avlaste ved unormal belastning, og gjøre kjent for de ansatte når slike tiltak skal iverksettes. Virksomheten i akuttmottak skal følges gjennom målinger av kvalitetsindikatorer og rapportering av pasienterfaringer må inngå i kvalitetsmålingen.

Kravet til forsvarlig klinisk virksomhet innebærer at helseforetaket må utarbeide interne seleksjonskriterier når det gjelder hvilke pasienter som skal behandles i eget helseforetak eller overføres til annet foretak. Det skal utarbeides prosedyrer for helhetlige pasientforløp ved enkelte definerte akutttilstander, og det er også ønskelig med helhetlige pasientforløp for pasienter med lavere hastegrad. Det skal være systemer for at pasienter blir vurdert av en erfaren lege innen gitte frister.

Det må være sikret at akuttmottaket, uavhengig av størrelse og aktivitet, er bemannet med personell med tilstrekkelig medisinsk faglig kompetanse, kunnskap om den lokale organiseringen og oppgavefordelingen i spesialisthelsetjenesten. Kompetansekravet til sykepleiere må følge den medisinske utviklingen. Akuttmottak med fokus på pasientforløp og tidlig målrettet behandling gjør at den behandlingen som tidligere først ble igangsatt ved spesialavdelinger, i dag starter i akuttmottaket. Høyt aktivitetsnivå, økende mengde multisyke eldre og pasienter ikke tilsett av lege, stiller store krav til sykepleiere i akuttmottak. «Faglig forsvarlig sykepleie i akuttmottak innebærer å kunne handle raskt og riktig på basis av faglige vurderinger av en pasient situasjon» (Helsedirektoratet, 2014).

Veilederen peker i retning av at helseforetakene må rekruttere gode sykepleiere til akuttmottakene. Men dagens videreutdanningsløp gjør at de dyktige sykepleierne går videre i sin karriere inn i de tradisjonelle AIO videreutdanningene, anestesi, intensiv og operasjon. De sykepleierne som i dag videreutdanner seg innen akuttsykepleie, blir i stor grad værende i akuttmottak i praktisk virksomhet.

4.4 Oppsummering

Litteraturgjennomgangen avdekker at god praksis og faglig forsvarlighet er to sider av samme sak.

Helsepersonelloven åpner for å overføre oppgaver på tvers av profesjoner så fremt forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt (Helsedirektoratet, 2013).

Det rettslige rommet for endring av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere avgjøres hovedsakelig av hva som til enhver tid er normen for god pasientbehandling. Faglig forsvarlighet er ikke et statisk begrep, men en norm og rettesnor som endrer seg over tid. Dersom forsvarlighetskravet er oppfylt, er det trolig mulig å overføre flere oppgaver som tradisjonelt har vært legeoppgaver til sykepleiere i akuttmottak.

Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2010-11).

Forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 er basert på følgende krav til helsepersonell for å vurdere om utøvelsen vurderes til forsvarlig: Den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets

karakter og situasjonen for øvrig. Når det gjelder fagligforsvarlig sykepleie i akuttmottak sier veilederen: «*Faglig forsvarlig sykepleie i akuttmottak innebærer å kunne handle raskt og riktig på basis av faglige vurderinger av en pasient situasjon*» (Helsedirektoratet, 2014).

Norske sykepleiere er i litteraturen omtalt som en høyt akademisk utdannet helsepersonellgruppe, i forhold til andre europeisk land (Brusselkontoret, 2012). Profesjonsutviklingen av sykepleierne kan karakteriseres som en akademisering. Gjennom akademiseringen av yrket har sykepleiere i dag en kompetanse til selvstendig å bruke kvalitativ og kvantitativ forskning som et fundament for mesterlæring og erfaringslæring. I spørsmålet om det rettslige rommet for faglig forsvarlighet åpner for overføring av oppgaver fra lege til sykepleier, blir den formelle bakgrunnen til sykepleiere sentralt.

Å benytte seg av andre lands erfaringer i forhold til oppgavefordeling kan bidra i tilsvarende endringsprosesser i norske akuttmottak. Det finnes i litteraturen relevante erfaringer fra flere land, men tilnærming og systematikk for oppgaveoverføring fra programmet Modernising Nursing Careers (Health, 2011) fra Storbritannia, kan ha overføringsverdi til norsk helsevesen generelt og til akuttmottak spesielt. Studiene gjennomført i regi av dette programmet har resultert i en systematisk tilnærming og metodikk til oppgaveoverføring i britisk helsevesen.

Ved gjennomgang av litteratur for akuttmottak er det hovedsakelig i gruppen sykepleiere med spesialisering at det finnes flest beskrivelser av utvidede ansvarsområder blant sykepleiere (Brusselkontoret, 2012). De utvidede ansvarsområdene går ofte ut på at sykepleier får en begrenset rett til å diagnostisere og foreskrive medisiner. Dette ble blant annet vedtatt ved lov i Storbritannia i 2006 og Finland i 2010 (Brusselkontoret, 2012). Ut fra det begrensede artikkelgrunnlaget kan en se at studiene oftest sammenligner yngre leger og sykepleiere med videreutdanning. Denne sammenligningen med yngre leger er relevant i akuttmottak i Norge også.

«Nasjonal veileder» (Helsedirektoratet, 2014), rapporten Mens vi venter (Helsetilsynet, 2008) og artikkelen «Turnusleger styrer akuttmottakene» (Storvik, 2013) beskriver at det i store deler av døgnet i akuttmottak i all hovedvekt er yngre leger og sykepleiere på vakt. Både myndighetene og litteraturen peker på at det må en styrking av kompetansen både i lege- og sykepleiergruppen ved akuttmottak i Norge for at de skal være faglig forsvarlige i fremtiden. Like fullt stadfester «Nasjonal veileder» tydelig at faglig forsvarlighet vurderes ved det enkelte akuttmottak (Helsedirektoratet, 2014).

5 Metode

5.1 Valg av metode for datainnhenting

Ordet metode betyr i sin greske opprinnelige form «et veivalg som fører til målet» (Kvale, 1997). Den første vurderingen var om denne masteroppgaven kunne besvares godt ved bruk av en ren litteraturstudie eller om det burde gjennomføres en feltundersøkelse. Tidlig i arbeidet gjennomførte jeg et litteratursøk og vurderte at det grunnet lite litteratur om temaet var behov for en feltundersøkelse for å fremskaffe ny kunnskap. Det ble videre vurdert hvorvidt en kvalitativ eller kvantitativ datainnsamling best kunne gi ny viten om problemstillingen. Valget falt på en kvalitativ metode, fordi jeg ønsket å få frem hvilke oppgaver sykepleiere i praksis utfører i akuttmottak i dag, samt å få viten om hvorvidt sykepleiere i akuttmottak ser muligheter for hvilke oppgaver som kan overføres mellom leger og sykepleiere uten at forsvarlighetskravet brytes. En styrke ved kvalitativ metode er at den er bedre egnet enn en kvantitativ til å få frem eventuelle variasjoner mellom akuttmottakene når det gjelder oppgaver sykepleiere utfører i dag. Den kvalitative metoden kan få frem ny viten som rokker ved tradisjonelle holdninger til hva som er «legeoppgaver» og hva som er «sykepleieroppgaver».

Ut fra oppgavens problemstilling ble det valgt en feltundersøkelse som kunne gi innsikt i ny viten om oppgavefordeling mellom leger, og sykepleiere i akuttmottak med hovedfokus på sykepleieres oppgaver. Det ble deretter gjort en vurdering av om ny viten best kunne innhentes gjennom dybdeintervjuer eller gjennom fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuer ble valgt fordi denne formen for intervju er godt egnet for å skaffe informasjon om erfaringer, holdninger samt ulike synspunkter der mennesker samhandler (Malterud, 2011) (Kvale, et al., 2009). Videre brukes uttrykket intervju for fokusgruppeintervju.

5.2 Utvelgelse av undersøkelsesenheter

Rekrutteringen av informanter ble gjennomført ved at jeg tok kontakt med avdelingssykepleiere ved fire akuttmottak på Østlandet. Det var tre lokalsykehus som var relativt like i form og organisering og et områdesykehus. Det ble i forespørselen til avdelingssykepleier lagt vekt på at informantene skulle være engasjerte. Intervjuene ble gjennomført ved akuttmottakene ved lokalsykehusene. De to andre akuttmottakene var også positivt innstilt til å delta, men måtte utsette tidspunktet pga. ferieavvikling. Avdelingssykepleier ved akuttmottakene sendte ut forespørsel om frivillig deltakelse i intervju og informasjon om tema og intervjuform. Designet var lagt opp til å være tilstrekkelig fleksibelt til at en kunne fortløpende vurdere behov for å utvide det strategiske utvalget. Antallet intervjuer ble ikke bestemt på forhånd, men ble vurdert underveis ut fra kvaliteten i datafangsten i utførte intervjuer (Malterud, 2011).

Hvor mange informanter skulle inkluderes i intervjuene? Litteraturen spriker noe angående antallet informanter. Det anbefales i denne typen studier å ha med 4 til 8 personer (Malterud, 2011) (Lerdal, et al., 2008). Det ble valgt fire informanter per intervju av praktiske årsaker.

Det ble også vurdert å gjennomføre intervju av legegrupper, men dette ble lagt bort, mest på grunn av oppgavens omfang. Det forventes at det er representanter for sykepleierprofesjonen som har best kjennskap til egen kompetanse og til hvilke oppgaver som i det daglige blir utført. Oppgaven ble begrenset til å ha et fokus på sykepleietjenesten. Intervju av personer fra legegruppen kunne sannsynligvis også ha gitt gode innspill på hvilke oppgaver en er enige eller uenige om at kan overføres fra leger til sykepleiere.

Det ble også vurdert om intervjuene skulle bestå av en kombinasjon av leger og sykepleiere. Jeg valgte å følge Malteruds anbefaling (Malterud, 2011) og vurderte at den hierarkiske rangordningen mellom leger og sykepleiere ikke ville legge til rette for en trygg atmosfære med rom for nye ideer og dypere diskusjon om oppgavefordeling og hvilke oppgaver som eventuelt kan overføres til sykepleier. Det ble valgt og rekrutter sykepleiere fra akuttmottak i daglig klinisk arbeid til informanter som utgjorde en homogen gruppe.

I tabellen nedenfor presenteres informantenes formal- og realkompetanse, samt hvilken undersøkelsesenheter de deltok i.

Informanter i undersøkelsesenheter 1	Formalkompetanse	Realkompetanse
A	Sykepleier, akupunktør	11 år på kirurgisk post 4 år i akuttmottak
B	Sykepleier	1 år ved ambulans og kirurgisk post 4 år ved akuttmottak
C	Sykepleier	2 år ved medisinsk post 3 år ved akuttmottak
D	Sykepleier, akuttisykepleier	2 år ved kirurgisk post 6 år ved akuttmottak
Informanter i undersøkelsesenheter 2		
E	Sykepleier	2 år ved kirurgisk post 2 måneder ved akuttmottak
F	Sykepleier	2 år ved legevakten 5 år akuttmottak
G	Sykepleier	2 år ved medisinsk post 10 år ved akuttmottak
H	Sykepleier	2 år ved sengepost 10 år ved akuttmottak

De fleste informantene var sykepleiere med lang erfaring fra akuttmottak. To av informantene hadde en litt annen bakgrunn enn de andre, informant 1D med akuttisykepleierutdanning fra Tromsø og informant 2E med kun to måneder erfaring fra akuttmottak. Resten av informantene hadde en relativ lik formal- og realkompetanse. I begge akuttmottakene var det Manchester Triage Scale (MTS), som ble benyttet for å organisere hastegrad for undersøkelse og diagnostisering og det var sykepleiere som hadde ansvaret for å gjennomføre triagen. Manchester Triage Scale er nærmere beskrevet i kapittel 3.1.

5.3 Fokusgruppeintervju som metode

Fokusgrupper beskrives av Malterud, Kvale og Hem som en metode for å åpne nye dører gjennom at moderator legger til rette for gode gruppediskusjoner (Malterud, 2011) (Kvale, et al., 2009) (Hem, 2012). Virkemiddelet er interaksjonen mellom deltakerne for å belyse problemstillingen så nyansert som mulig. Jeg var ute etter å få informantene til å reflektere over faktiske oppgavefordeling og å få frem subjektive opplevelser og beskrivelser av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i akuttmottak.

Sammensetningen av informanter har som Malterud beskriver vært viktig for å få et materiale som er tilstrekkelig rikt på data (Malterud, 2011). Det viste seg at sammensetningen av fokusgruppene ga trygghet for en åpenhet i gruppene som skapte fri diskusjon. Homogeniteten i fokusgruppe intervjuene ga muligheten for at informantenes felles erfaringsgrunnlag fikk blomstre i samtalen. Det kunne merkes at samtalene i liten grad var preget av konkurranse eller motsetninger.

Valget av fokusgruppeintervju som metode ble gjort etter gjennomføringen av et pilotintervju av en leder ved et akuttmottak. Dette intervjuet hjalp med å gi innspill til utarbeidelsen av forskningsspørsmålene. Etter pilotintervjuet ble det vurdert at intervjuer av ledere ikke var hensiktsmessig, da det virket sannsynlig at de ville ønske å forsvare etablerte prosedyrer og at pilotintervjuet ga inntrykk av at disse ble fulgt. Intervjuer i homogene grupper ble vurdert å kunne fremskaffe ny viten om hvilke oppgaver sykepleierne i akuttmottak egentlig utfører. Ønsket var ikke å få kjennskap til hvilke oppgaver som er nedfelt i prosedyrer, men å avdekke hvordan oppgavefordelingen i praksis ble gjort.

5.4 Praktiske gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på møterom i nær beliggenhet av akuttmottaket, og ble ikke avbrutt. Jeg startet intervjuene med å skape en trygg ramme og intervjuene ble ikke utfordret på noen merkbare måter underveis (Lerdal, et al., 2008).

Det var satt av en times møteramme og effektiv tid i intervjuene ble på ca. 50 minutter. Det var utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2), som var utgangspunkt for intervjuene. Intervjuguiden som ble benyttet var utviklet på bakgrunn av erfaring fra pilotintervjuet og i samarbeid med veileder. Intervjuguiden ble fulgt uten endringer fra det første til det andre

intervjuet, og oppfølgende spørsmål ble stilt (Malterud, 2011) (Hem, 2012). Dette er i tråd med intervjuets hensikt, nemlig å invitere informantene til å komme med egne erfaringer i form av konkrete hendelser i refleksjon med de andre i gruppen.

Som analysemodell ble det vurdert at «systematisk tekstkondensering» var den analyseformen som lot til å være best egnet for å svare på problemstillingen (Malterud, 2011). Dette fordi den gir en systematisk tilnærming til datamaterialet, og dermed større mulighet for å identifisere nye innfallsvinkler. Metoden beskrives også av Malterud til å være mest sannsynlig å lykkes med fordi den ikke krever en teoretisk skolering for å kunne gjennomføres på en adekvat måte. Andre metoder som ble vurdert, var Template analysis style og Immersion/crystallization (Malterud, 2011). Det første alternativet utgikk, da det ikke ble funnet forhåndsbestemte kategorier fra foreliggende teorier om oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i akuttmottak i Norge. Metoden Immersion/crystallization ble heller ikke valgt, fordi den sies å ha for stor risiko for manglende dokumentasjon i differansen mellom data og funn.

Det er i kapittel 6 presentert diskusjoner som oppsto i intervjuene. Det har ikke vært hensikt å beskrive eller vurdere variasjon i faglig forsvarlighet mellom de to akuttmottakene. Det ble i all hovedsak gjennomført en transvers analyse av datamaterialet.

5.5 Transkripsjon og kategorier

Den systematiske tekstkondenseringen av det transkriberte materialet går ut på først å skaffe seg et helhetsinntrykk av materialet og så identifisere meningsbærende enheter. Dette gjøres ved å lage en form for kodeliste, deretter abstraheres det fra meningsbærende enheter til kategorier og tema. Det hele følger Malteruds beskrivelse av en fire trinns modell for analysen (Malterud, 2011). Etter dette skaffer en seg avstand til innholdet ved å abstrahere. Til slutt sammenfatter en betydningen av dataene til funn.

Metaforen «klesvask» illustrerer analysearbeidet på en god måte (Malterud, 2011). Det kan være her i analysearbeidet, som på vaskerommet, fare for å blande klærne (dataene) i feil kategori. Den systematiske «klesvask»-analysen startet med tolv sider med transkribert materiale. Det ble gjort en begrensning, «forvasking», etter å ha lyttet gjennom lydopptakene. Det viste seg at moderator brukte unødig mange setninger for å stille spørsmålene.

Jeg stilte meg åpen for de inntrykk som materialet kunne formidle og kunne høre og tolke stemningsleiet til informantene tilstrekkelig, mens den transkriberte teksten ble bearbeidet etter meningsbærende enheter. Det ble arbeidet ut fra et fugleperspektiv. Datamengden var håndterbar og det gjorde det gjennomførbart og meningsfylt. Etter gjennomlesningen av materialet ble det hvilke foreløpige temaer som kunne skimtes i materialet.

For å tilføre analysearbeidet et bredere vurderingsperspektiv, ble analysen utvidet ved å diskutere funnene med en annen medstudent. Det er ikke gitt at resultatet blir bedre jo flere som involveres, men jeg vurderte det til at påliteligheten av analysene ville styrkes ved å involvere en til i arbeidet (Malterud, 2011). Medstudenten hadde ikke en forutforståelse i eksisterende litteratur på feltet oppgavefordeling i akuttmottak. Å involvere en medstudent ville kunne hjelpe til i ambisjonen om at dette kvalitative studiet i større grad skulle ha en induktiv tilnærming.

Formålet med å involvere en medstudent i denne delen av arbeidet var ikke å komme til en konsensus i kodeverket, men å skape et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2011). Etter analytiske rommet, ble hovedgruppene i kodeverket systematisert iht. Malteruds 4-trinns modell. Stoffet organiseres i tre hovedkategorier:

- sykepleier
- lege
- gråsoner

Hvilke typer underpunkter som ble etablert innenfor hver av hovedkategoriene, framgår av kapittel. 6 der det er kategorisert nærmere hva de intervjuede tok opp som relevante temaer.

5.6 Reliabilitet og validitet

Å oppnå absolutt reliabilitet og validitet er et urealistisk mål. Resultatene kan derfor ikke antas å være allmenngyldige. Den eksterne validiteten, det vil si i hvilken grad resultater fra to akuttmottak kan overføres til andre akuttmottak, ble lagt til grunn for en vurdering av om hvorvidt ytterligere intervjuer skulle gjennomføres. Det ble vurdert at to intervjuer var tilstrekkelig for å kunne gi ny viten om fenomenet «oppgavedeling mellom leger og sykepleiere i akuttmottak». Erfaring fra to akuttmottak vil ikke nødvendigvis gjelde for alle akuttmottak i Norge. De kan imidlertid belyse et utvalg av forhold omkring og synspunkter på

hvilke oppgaver leger og sykepleiere har i dag, og hvilke oppgaver som eventuelt kan overføres til sykepleiere innenfor gjeldende rettslige rammer. Siden intervjuene frembrakte et rikt datamateriale, ble det vurdert at effekten av flere intervjuer kun ville gi innblikk i flere lokale varianter og synspunkter på oppgavefordeling. Lokale varianter av oppgavefordeling vil ofte henge sammen med kompetansesammensetningen i sykepleiergruppen og lokale variasjoner i legetetthet ved akuttmottak. Høy legetetthet i akuttmottaket ville sannsynligvis gitt funn i intervjuene med utslag i at færre tradisjonelle legeoppgaver utføres av sykepleiere.

Det er sannsynlig at funnene i det fremkomne datamaterialet er overførbare til andre akuttmottak i Norge, det vil si at de samme forskningsspørsmålene ville gi lignende svar andre steder. Dette kan forklares gjennom at norske akuttmottak er organisert relativt likt. Sykepleierne er ansatt i akuttmottaket, og legene er ansatt ved andre enheter på sykehusene (Helsetilsynet, 2008). Videre er det overveiende sannsynlig at andre akuttmottak har oppgavefordeling som i større eller mindre grad ligner på det som blir beskrevet av informantene i disse to intervjuene, da kompetansesammensetningen i bemanningen vil være relativ lik over hele landet.

På hvilken måte kan min bakgrunn og person ha påvirket informantenes svar? Det er sannsynlig at bakgrunnen som sykepleier i seg selv kan ha vært medvirkende til å skape en trygg atmosfære i intervjuene. Det å få dele sine erfaringer med en av «sine egne» kan ha ført til en friere samtale.

5.7 Metoderefleksjon og forutforståelse

Ville datagrunnlaget kunne blitt mer detaljert ved gjennomføring av flere intervjuer? Datamaterialet, i forhold til antallet oppgaver som fremkom og detaljrikdommen i informantenes svar, vurderes som tilstrekkelig til å brukes som kilde til innsyn i hvilke oppgaver leger og sykepleiere har i akuttmottak og forslag til hvilke oppgaver som kan overføres. Datamaterialet er fra to store lokalsykehus på det sentrale Østlandet med relativ lik form og organisering. Områdesykehus med multitraumefunksjon er ikke med. Dette kan være en svakhet ved datamaterialet.

To intervjuer er et lite utvalg. En vanlig måte å håndtere et lite utvalg i kvalitative studier på, er å underbygge den empiriske analysen med presentasjon av bakgrunn og finne støtte i teori. Andre akuttmottak i samme strukturelle situasjon vil kunne kjenne seg igjen og dra nytte av

andres måte og fordele oppgaver i akuttmottak. Dataene gir ikke grunnlag for å si noe om omfang eller utbredelse av denne måten å fordele oppgaver på i akuttmottak, men de kan vise variasjoner og muligheter. Argumenter hentet fra bakgrunn og teori synes å kunne gi grunnlag for å hevde at oppgaver kan fordeles annerledes og har relevans utover disse to akuttmottakene.

Med utgangspunkt i Malteruds klesvaskmetafor, ville flere intervjuer ikke nødvendigvis føre til en dypere forståelse av temaet. Hensikten med intervjuene var å avdekke ny viten og ikke gjøre en full gjennomgang av hvilke oppgaver som kan overføres fra lege til sykepleier.

Malterud skriver at enhver forskningsprosess representerer en blanding av deduktiv og induktiv tilnærming (Malterud, 2011). Kunne flere intervjuer ved flere akuttmottak ha ført oppgaven enda tydeligere i en induktiv retning? Det er en mulighet for det, men «vi skal ikke tro at enhver kvalitativ tilnærming er induktiv og teorifri» (Malterud, 2011), ikke denne oppgaven heller.

Dagens måte å arbeide på i akuttmottak er utviklet over mange år, og det fremkom tidlig at oppgavefordeling ikke nødvendigvis er synliggjort i arbeidsinstrukser og prosedyrer, men vel så ofte er basert på lokal norm og tradisjon. Derfor var ikke en studie av arbeidsinstrukser og prosedyrer en hensiktsmessig måte å fremskaffe ny viten om oppgavefordelingen mellom leger og sykepleiere.

Et relevant spørsmål er hvordan intervjueren påvirker intervjuprosessen og ikke hvorvidt man påvirker den eller ikke (Kvale, 1997). Kjennskap til forskningsområdet er i dette henseende av interesse. Denne formen for innramming av spørsmålene synes likevel ikke å ha farget informantenes svar. Bruken av unødig mange ord ble vurdert til å være adferd fra en uerfaren intervjuer. De ekstra ordene ble derfor utelatt i transkripsjonen, og spørsmålene ble transkribert tydeligere.

Min arbeidserfaring er som sykepleier og spesialsykepleier med mange år i klinikk. De siste årene har jeg vært ansatt i en administrativ stilling ved sykehus. Min kliniske erfaring er hovedsakelig fra akuttmottak og intensivavdeling ved flere sykehus. Det vurderes at min utdanning som intensivsykepleier og erfaring fra akuttmottak har relevans for oppgaven. Samtidig er det en stund siden jeg har arbeidet i akuttmottak, og jeg mener derfor å ha nødvendig avstand til temaet (Malterud, 2011). Kvale og Brinkmann påpeker at kvalitativ

forskning vil balansere mellom å beskrive og tolke, og i tolkningen er forforståelse nødvendig (Kvale, et al., 2009).

Min forforståelse er at sykepleiere i akuttmottak videreutvikler sin kompetanse og bygger videre på grunnutdanningen. Sykepleiere i akuttmottak har mulighet for kompetansebygging både innenfor praktisk medisin og i å yte omsorg til den akutt kritisk syke pasienten. En annen forforståelse er at sykepleiere og leger i akuttmottak har en del overlappende faglig kompetanse, og at leger og sykepleiere i direkte pasientkontakt i akuttmottak er klar over dette. Det er min erfaring fra akuttmottak at pasienten utsettes for unødig venting som kunne ha vært redusert hvis enkelte oppgaver hadde vært overført til sykepleiere uten at dette ville føre til dårligere kvalitet og faglig uforsvarlighet.

Sykepleiere i akuttmottak gjør medisinsk faglige oppgaver, og dette har utviklet seg over tid. Dette er utgangspunktet for hvorfor jeg ønsket å gjennomføre gruppeintervjuer om hvilke oppgaver sykepleiere har i akuttmottak i dag. En forforståelse er at det eksisterer flere glidende overganger mellom de oppgavene leger og sykepleiere gjør i dag i akuttmottak enn det som for eksempel beskrives i Veiledning til ISO 9001: 2008 Akuttmottak (Norsk Akkreditering, 2010).

5.8 Forskningsetiske overveielser

For å ivareta informantene i intervjuene er alt materiale anonymisert. Alle informantene har skrevet under på samtykkeskjema og ble muntlig og skriftlig informert om at de kunne trekke seg når de måtte ønske det. I så fall ville deres eventuelle data bli utelatt. Ingen trakk seg. Materialet ble håndtert konfidensielt (både tekst og lydfiler). Innsamling og oppbevaring av data ble søkt godkjent hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og prosjektet ble godkjent (vedlegg 3). Godkjenningen er forlenget.

Fokusgruppene ble ikke satt sammen av over- og underordnede, slik at det i utgangspunktet ikke skulle være bindinger som potensielt kunne føre til sanksjoner i etterkant av intervjuene.

5.9 Innhenting av litteratur og kildebruk

Effektiv søking i litteratur krever særskilt kompetanse, og det ble samarbeidet med bibliotekar. Det ble tatt utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene til

masteroppgaven da litteraturgjennomgangen ble gjennomført. Søket er begrenset til artikler fra de siste 10 år på engelsk, dansk, svensk og norsk. Det ble søkt i prioritert rekkefølge etter S-pyramiden (Kunnskapsbasert praksis, 2014). Oppslagsverk som BMJ Practice og UpToDate øverst og deretter ulike nettsteder og baser for retningslinjer og fagprosedyrer. Til slutt i Cinahl, SweMed og Medline- Søket ble vurdert til å være relativt bredt. Det var lite retningslinjer/fagprosedyrer å finne som gikk spesifikt på deling/overføring av oppgaver mellom yrkesgrupper, da disse i stor grad er kliniske veiledninger om behandling.

I forhold til oppsummert forskning er det de systematiske oversiktsartiklene som er mest relevante, for eksempel Kunnskapscenterets gjennomgang av oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten.

Søket ble utført ved bruk av emneord (MeSH, Cinahl Headings) og tekstord, som ble gruppert innenfor konseptene sykepleierollen/-oppgaver, akuttmottak og legemangel /oppgavefordeling/jobbglidning, og kombinert med AND og OR:

- emergency service, triage (...)
- nurse Practitioners, nurse clinicians, nurse's role, emergency nursing (...)
- doctor-nurse substitution, physician-nurse relations, task shift (...)

Øverst i S-pyramiden ble det søkt i ulike oppslagsverk og retningslinjedatabaser som; prosedyrer i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet, UpToDate, BMJ best Practice, NICE Guidance, Guidelines International Network (G-I-N), Helsebiblioteket retningslinjebase, Sosialstyrelsen Nationale riktlinjer (SE), Sundhedsstyrelsen Nationale kliniske retningslinjer (DK), Center for kliniske retningslinjer (DK). Det ble brukt søkeordene task shifting, task sharing, task transfer og physician shortage i de engelske. I de Danske ble det søkt med oppgaveglidning, oppgaveflytning og lægemangel. Det ble brukt kompetansedeling, kompetanseoverføring, l karebrist i de svenske og til slutt i de norske oppslagsverk og retningslinjedatabasene ble det søkt med ordet oppgavefordeling, oppgaveglidning, bemanning og legemangel. Det ble ikke funnet retningslinjer som omhandler oppgavefordeling eller oppgaveglidning i akuttmottak.

Det ble videre gjennomført søk i Cochrane, Cinahl, SweMed og Medline. Formålet med litteratursøket var å finne relevant litteratur om oppgavefordeling i akuttmottak. Inklusjonskriterier var å inkludere oversiktsartikler og enkeltundersøkelser med relevans for problemstillingen. Søket ble utført ved bruk av "and" og "or" i kombinasjon med

søkeordene: Emergency Service, Hospital, Emergency Nurse Practitioners, Acute Care Nurse Practitioners, Advanced Practice, Nurses, Registered Nurses, Emergency Service, Triage, Nurse Practitioners, Nurse Clinician, Nurse's Practice Patterns, Nurse's Role, Physician Substitute, Substitution of Doctor, Substitution of Physician, Doctor-Nurse Substitution, Physician-Nurse Relations, Nursing Staff, Hospital, Physician, Clinical Competence. Disse søkerordene ble valgt for å fremskaffe et mest mulig helhetlig kunnskapsgrunnlag for å kunne bruke litteratur til å vurdere muligheten for overføring av oppgaver til sykepleier uten at forsvarlighetskravet brytes.

Resultatet av disse har så blitt gjennomgått manuelt, og det ble vurdert etter gjennomgangen at det var lite relevant litteratur om oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i akuttmottak. Den litteraturen som ble vurdert til å være relevant er presentert i teorikapitlet. Det har vært gjort tilleggssøk i Google Scholar, Nasjonalt Kunnskapssenter og www.duo.uio.no underveis.

6 Funn og analyse

Analysen av funnene er systematisert etter Malteruds firetrinns modell (Malterud, 2011). Stoffet organiseres i tre hovedkategorier:

- Hvilke oppgaver har sykepleier i dag (6.1)
- Hvilke oppgaver har leger i dag (6.2)
- Hvilke oppgaver har delvis lege og delvis sykepleier, og ses det mulighet for overføring (6.3)

Innenfor hver av kategoriene omtaler de enkelte oppgavene som informantene oppga å ligge innenfor hver av disse og som jeg har nærmere klassifisert.

6.1 Hvilke oppgaver utfører sykepleier?

6.1.1 Systematisk observere, vurdere og prioritere (triage)

Funn:

Ifølge informantene har ledelsen ved akuttmottaket bestemt organiseringen. Det er utviklet rollebeskrivelser gjennom prosedyrer og manualer, og de ansatte er opplært i å utføre oppgavene. Informantene snakket ikke om systemer for uønskede hendelser, men begge akuttmottakene har systemer for rapportering av uønskede hendelser. Det ble meddelt av akuttmottakene i etterkant av intervjuene.

Funnene viste at der sykepleier er i tvil om sin systematiske vurdering er riktig, søker de råd og bistand fra vakthavende lege.

Ved begge akuttmottakene beskrev informantene at det er sykepleiere som systematisk observerer og vurderer pasientens tilstand etter at pasienten har ankommet akuttmottaket. Sykepleierne vurderer pasientens hastegrad ved å følge Manchester Triage Scale (MTS), jfr. (Engebretsen, et al., 2013).

«Vi triagerer pasienten ved ankomst akuttmottaket»

Informantene beskrev at pasienten først undersøkes av sykepleier, hvor pasientens sykehistorie, kliniske tegn og vitale parametere nedtegnes og systematisk vurderes.

«Ja, vi tar vitale mål, legger inn venekanyler. Vi tar blodgass, ved behov. Og vi triagerer og prioriterer»

Informantene beskrev også at dersom sykepleier er i tvil om «hastegradsvurderingen» (triageringen) henter de enten en annen sykepleier eller kontakter lege for en tilleggsvurdering. Ved beslutning om innleggelse av pasienter uanmeldt og direkte til akuttmottaket, kontaktes lege ved behov.

Diskusjon:

Utførelsen av triageringen ble av informantene beskrevet å være sykepleieres oppgave og dette er i tråd med vanlig praksis i bruk av triage i norske akuttmottak (Engebretsen, et al., 2013).

I Helsetilsynets veilederen til tilsynet i 2007 var sikring av forsvarlig mottak et område for tilsynet (Helsetilsynet, 2007). I tilsynsrapporten «Mens vi venter» var en av kritikkene at mange av landets akuttmottak i 2007 ikke hadde et prioriteringssystem som gjorde at leger og sykepleiere var omforent om forskjellige sykdomstilstanders hastegrad (Helsetilsynet, 2008). Rapporten er tydelig på at skal denne organiseringen være faglig forsvarlig, må virksomhetens ledelse sikre at personalet som gjør den første prioriteringen har nødvendig kompetanse til å løse arbeidsoppgaven. Ut fra Engebretsens gjennomgang av bruken av triage i norske akuttmottak kan det synes som om de fleste akuttmottak i Norge vurderer at sykepleiere innehar den kompetansen som skal til for å utføre denne prioriteringen (Engebretsen, et al., 2013).

Kravet om at akuttmottak skal ha et prioriteringssystem er stadfestet i Helse- og omsorgsdepartementet bestilling til helsedirektorat om å utarbeide en «Nasjonal veileder» for organisering og drift av somatiske akuttmottak i 2014 (Helsedirektoratet, 2014). Dette vil sikre faglig forsvarlighet i denne delen av mottakelsen av pasienten i akuttmottak.

I flere rapporter og artikler sammenlignes legers og sykepleieres evne til å observere og vurdere enkelttilstander. (Brusselkontoret, 2012) (Meek, et al., 1998) (Ezra, et al., 2005) (Ball, et al., 2007) (Pedersen, et al., 2009) (Linden, et al., 2010) (Lim, et al., 2013) Dette gjelder både sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning. Studiene underbygger at begge

yrkesgrupper kan observere like godt. Det kan derfor være forsvarlig å la sykepleiere ha oppgaven for å triagere pasienter.

Det å vurdere kliniske tegn, er en kompetanse som sykepleiere historisk sett har vært forventet å ha. Forventningen om denne kompetansen finner vi allerede i landes første sykepleiebok (Nissen, 2000). Det ble i boken beskrevet at sykepleiere skulle ha kompetanse om lokale symptomer og alminnelige sykdommer, omhandlet i kapittel 4.2.

Systematisk observasjon, vurdering og prioritering (triage) vurderes til å være innenfor lovens rammer for faglig forsvarlighet. Dette forutsetter et systematisk rammeverk og kompetanseutvikling, og at sykepleierne er seg bevisst ikke å gå utover sine kvalifikasjoner ved å unnlate å kontakte lege.

6.1.2 Aktuelle strakstiltak

Funn:

Aktuelle strakstiltak beskrevet i «Mens vi venter» (Helsetilsynet, 2008) eller tidlig medisinsk behandling er forklart som tiltak (sikre vitale funksjoner, oksygentilførsel, blodtrykksmåling, avhjelpe urinretensjon) som gjøres før lege kommer.

Funn i denne kategorien fremkom også i intervjuene.

«Vi gir forhåndsordinert medisin fra Akuttstandard»

Et av akuttmottakene ble kontaktet i etterkant av intervjuet for å gi en utdypning av hva som ligger i begrepet «Akuttstandard». Det ble informert om at «Akuttstandard» var en intern prosedyre hvor sykepleiere kunne observere og vurdere pasientens tilstand og gi medikamenter før lege hadde sett pasienten. Dette kunne for eksempel være inhalasjonsmedisin, smertestillende medisin m.m.

Informantene beskrev at de samler inn opplysninger knyttet til vitale parametere som blodtrykk, puls, respirasjon, temperatur og EKG-registering, og gjør umiddelbart en selvstendig vurdering av om det er noe unormalt ved funnene.

Informantene forteller videre at de uten forordning igangsetter medisinske tiltak som å gi væsketerapi, oksygenbehandling og inhalasjonsmedisin, dersom de observerer og vurderer at

pasienten har behov for det. Informantene fremstiller dette som velorganiserte tradisjonelle sykepleieroppgaver på samme nivå som å gi omsorg til pasienten i akuttmottakene.

Informantene nevner en rekke praktiske prosedyrer og oppgaver som sykepleiere gjør uoppfordret og selvstendig i dag, som kateterisering, innleggelse av perifer venekanyle, dyp halsprøve, bakterielle prøver fra sår og Hemofec-analyse.

Disse oppgavene blir i hovedsak beskrevet som sykepleieroppgaver ved disse to akuttmottakene, men de utføres av og til av lege.

Diskusjon:

Noen av disse oppgavene nevnes også i tilsynsrapporten «Mens vi venter» som aktuelle strakstiltak som sykepleiere utfører i akuttmottak (Helsetilsynet, 2008). Rapporten kommer ikke med vurderinger av hvorvidt utførelsen av aktuelle strakstiltak er uforsvarlig. Imidlertid er tilsynsmyndighetene klare på at disse strakstiltakene skal dokumenteres i pasientens journal. Noe som bør indikere at myndighetene anser aktuelle strakstiltak som en del av utredningen og behandlingen.

Internasjonalt er det i flere artikler beskrevet at sykepleiere holder et faglig nivå til å kunne utføre aktuelle strakstiltak (Brusselkontoret, 2012) (Ball, et al., 2007) (Linden, et al., 2010). «Nasjonal veileder» anbefaler å organisere akuttmottakene etter standardiserte behandlingsforløp (Helsedepartementet, 2014). Gjøres dette, er det mulig å organisere oppgavene innenfor forsvarlighetskravet. Andre land, som Storbritannia, har kommet lengre i oppgavefordeling (National Health Service Scotland, 2012) (Brusselkontoret, 2012) (Health, 2011).

At sykepleierne utfører disse oppgavene vurderes å være innenfor dagens rettslige rammer for faglig forsvarlighet. Informantene vurderer at sykepleiere i dag med opplæring kan utføre disse oppgavene innenfor sine kvalifikasjoner.

Dersom rollebeskrivelse finnes, opplæringskrav er definert og opplæring gitt, er forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 ivaretatt. En bør imidlertid også her sørge for å ha tydelige rollebeskrivelser og opplæringskrav for å sikre at både leger og sykepleiere som utfører disse oppgavene utfører de etter gjeldene krav og standard.

6.1.3 Oppsummering

Informantene mener de har kompetanse til systematisk å observere, vurdere og prioritere (Triage) og sette i gang med aktuelle strakstiltak.

For det første beskriver informantene at de samler inn opplysninger for at legen skal kunne utføre en god og rask diagnostisering. De samler inn vitale data: puls, blodtrykk, respirasjon osv. For det andre gjør informantene umiddelbart en faglig vurdering om det er noe unormalt ved funnene. Ut i fra dette gjør vurderer de om tiltak må iverksettes raskt eller om ting kan vente. For det tredje beskriver informantene at de vurderer behov for enkeltstående og selvstendige tiltak som for eksempel kateterisering, innleggelsene av perifer venekanyale, halsprøver. Enkelte av tiltakene som beskrives er selvstendige pasienttiltak ut i fra en faglig vurdering. Andre er tiltak for å legge til rette for en rask og sikker diagnosesetting og igangsetting av behandling forordnet av lege.

Når vi ser på innholdet i rammeplan til sykepleiere ser vi at de har en teoretisk kompetanse, som burde tilsi at sykepleiere kan utføre disse oppgavene (Omsorgsdepartementet, 2008). De vurderer egen formal- og realkompetanse til å være tilstrekkelig for å kunne utføre oppgavene. Den internasjonale litteraturen støtter også dette, og underbygger at sykepleiere kan utføre oppgavene med god kvalitet, som vist i kapittel 6.1.

For at utførelsen av oppgavene i 6.1 skal kunne vurderes som faglig forsvarlige, må prosedyrer, inkludert rollebeskrivelser og opplæringskrav, være tydelig nedtegnet i styringsdokumentene som så inngår i virksomhetens internkontrollsystemer (Helsetilsynet, 2008) (Helsedirektoratet, 2014).

6.2 Hvilke oppgaver utfører leger?

6.2.1 Konferere med fastlege og legevakten om innleggelse i sykehus

Funn:

Informantene forteller at det er legen som konfererer med innleggende lege ved fastlege eller legevakten.

«Lege vurderer om pasienten skal legges inn på sykehuset eller ikke»

Diskusjon:

Dette samsvarer med funn i «Mens vi venter» og er vanlig praksis for vurdering av innleggelse i akuttmottak (Helsetilsynet, 2008).

Selv om det for informantene er klart at dette er en legeoppgave, fremkom det ikke hvorvidt denne oppgaven er nedtegnet i akuttmottakenes prosedyrer, noe det antas. Som for andre oppgaver er det ledelsen som har ansvaret for at oppgaven er forsvarlig organisert og dokumentert gjennom rollebeskrivelse og opplæring (Helsedirektoratet, 2014).

Helsepersonelloven regulerer at det er lege som skal ta den helhetlige og endelige beslutning i medisinske spørsmål og videre behandling ved samarbeid med andre (Helsepersonelloven, 2012). I «Nasjonal veileder» for organisering og drift av somatiske akuttmottak tydeliggjøres det at det skal være en lege med erfaring som døgnskuttinuerlig er tilgjengelig i akuttmottak (Helsedirektoratet, 2014).

Kunne oppgaven med å vurdere innleggelse av pasienten henvist av fastlege og legevakten overføres til sykepleiere uten at forsvarlighetskravet brytes? Med dagens organisering av helsevesenet synes det lite gjennomførbart; pasienten har vært hos fastlege eller legevakten som har vurdert pasienten til å ha behov for vurdering av videre behandling i spesialisthelsetjenesten. I dag gjennomføres en faglig diskusjon mellom fastlege eller legevakten og vakthavende lege ved sykehuset om pasientens behov for spesialistkompetanse.

Har sykepleiere tilstrekkelig kompetanse til at en fastlege eller legevakten skal kunne gjøre bruk av en sykepleier/akuttsykepleier som medisinsk rådgiver i forhold til behovet for akuttinnleggelse? Hvilken realkompetanse har akuttsykepleiere å tilføre og er den i på nivå med legenes?

I litteratur omkring temaet endringer av oppgavefordeling indikeres det at akuttsykepleiere (Emergency Nurse) i andre land er kompetente til å gjennomføre medisinske vurderinger (Ball, et al., 2007) (Linden, et al., 2010) (Lim, et al., 2013) Det fremkommer imidlertid ikke om det i disse landene er slik at konfereringen som vakthavende lege på sykehuset gjør med fastlege eller legevakten, utføres av akuttsykepleiere.

Med utgangspunkt i andre lands oppgavefordeling burde norske sykepleiere med opplæring også ha tilstrekkelig medisinsk kompetanse til å utføre oppgaven, spesielt om vi i løpet av noen år utvikler standardiserte behandlingssystemer. Dette kunne gjøres gjennom standardiserte behandlingsforløp som innebærer vurdering av bruk av kommunale akutt døgnplasser (KAD) i kommunen, bruk av spesialistkompetanse på poliklinikk eller behov for akuttinnleggelse i sykehus.

Ambulansepersonell vurderer i dag behovet for direkte innlegging, uten å konferere med vakthavende lege ved sykehuset (Helsetilsynet, 2008). Ambulansepersonellet diskuterer behovet med AMK-sentralen hvor det enten er sykepleiere eller ambulansarbeidere som tar avgjørelser på om pasienter skal til fastlege, legevakten eller sykehus. Dette gjøres etter retningslinjer, som kan betegnes som en form for standardiserte behandlingsforløp.

Kompetansen i sykepleierprofesjonen utvikler seg over tid. Med utgangspunkt i den historiske og akademiske utviklingen (Fause, et al., 2002) (Nissen, 2000) (Caspersen, 2012) (Lund, 2012), og innholdet i rammeplan (Omsorgsdepartementet, 2008) for sykepleiere viser disse at krav til kompetansenivå for sykepleiere er omfattende. Sykepleiere kommer ut i helsevesenet med en solid teoretisk og praktisk plattform. Om sykepleieres kompetansenivå er tilstrekkelig til å overta oppgaven med å konferere med fastlege eller legevakten, synes utfordrende å gi et entydig svar på. Dersom denne oppgaven kan gis til en erfaren sykepleier med tydelig rollebeskrivelse og opplæring, kan det muligens vurderes til å være faglig forsvarlig praksis. Dette dreier seg om en «dørvaktsfunksjon», og det er fortsatt slik at det er lege som skal bestemme utrednings- og behandlingsregimet når pasienten er kommet inn i spesialisthelsetjenesten (Befring, et al., 2004) (Molven, 2012). Gitt en slik fremtidig mulig organisering, ville sykepleieren dersom hun/han er i tvil om pasientens behov for spesialistkompetanse, kunne sette konfereringen videre til vakthavende lege. En slik organisering kunne vurderes til å være faglig forsvarlig. Har fastlege eller legevakten behov for legespesialist som rådgiver og akuttsykepleierens kompetanse vurderes til ikke å strekke til, kunne en sette disse henvendelsene videre til legespesialist på feltet i sykehuset. «Nasjonal veileder» beskriver at fastlege eller legevakten skal ha lett tilgang til å komme i kontakt med en erfaren sykehuslege for råd og bistand, noe en slik organisering ville kunne ivareta (Helsedirektoratet, 2014).

Et funn fra intervjuene (blir nærmere diskutert i kapittel 6.3.2) er at informantene beskriver at sykepleier avviser pasienter som kommer «uanmeldt og direkte til akuttmottaket». Dette

beskrives også i «Mens vi venter»-rapporten (Helsetilsynet, 2008). Det fremkommer at informantene selv mener å ha kompetanse til å vurdere om hvorvidt pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket har behov for spesialisthelsetjeneste, og at om de var i tvil søker de råd og bistand fra vakthavende lege.

Praksis ivaretar pasientenes medisinske behov på en god måte, men dersom en ved overføring av oppgaven til sykepleier klarte å opprettholde faglig forsvarlighet, ville dette kunne føre til bedre ressursutnyttelse. Dersom det skulle være uenighet mellom sykepleier og fastlege eller legevakten, kunne man konferere med vakthavende lege. Dette for å følge prinsippet om at det er lege som bestemmer utrednings- og behandlingsregimet (Befring, et al., 2004) (Molven, 2012).

Sykepleiere med opplæring vil sannsynligvis kunne utføre oppgaven med å konferere med fastlege eller legevakten om innleggelse og samtidig være innenfor krav til faglig forsvarlighet i Helsepersonelloven

6.2.2 Utrede pasienten og fastsette behandling

Funn:

Informantene beskriver at det er i utredningen av pasienten og fastsettelse av behandling at leger har sine klarest definerte oppgaver i akuttmottaket. Leger gjør en undersøkelse av pasienten basert på sykepleieres utredning, som for eksempel blodtrykk, puls, respirasjon, kroppstemperatur, bevissthetsgrad, EKG, blodgass, også videre, se 6.1. Legen bygger videre på disse utredningene i sin undersøkelse og utredning.

Det er noe variasjon blant informantene angående hvilke oppgaver leger gjør i et akuttmottak. I diskusjonene omkring skillet mellom legeoppgaver og sykepleieroppgaver, kom det frem utsagn som:

«De fleste oppgaver er egentlig legeoppgaver»

Det kan se ut som om sykepleierne bare «låner» oppgavene fra leger. Denne beskrivelsen av hvem som egentlig «eier» oppgavene kan henge sammen med at leger har beslutningsmyndigheten i medisinske spørsmål når sykepleiere og leger løser oppgaver sammen. Men hvor langt denne beslutningsmyndigheten i medisinske spørsmål strekker seg har Kjønstad nyansert (Kjønstad, 2005), presentert i kapittel 4.1.

Et eksempel på en spesifikk «legeoppgave» beskrevet av informantene var:

«Perforering av hud er strengt tatt en legeoppgave. Moderator: Hvor står det? Har bare hørt det, ble fortalt det under utdanningen»

«Å lytte på pasienten med stetoskop er en legeoppgave».

Lytting på pasienten med stetoskop blir av informantene beskrevet som en typisk legeoppgave. At informantene svarte at stetoskop er en typisk legeoppgave, kan muligens henge sammen med at informantene er sykepleiere.

«Neurologiske undersøkelser er en legeoppgave».

Lege utfører neurologisk undersøkelse. Dette er som oftest av en del av den vanlige anamneseopptagelsen av lege

«Legens oppgave er å ta opp anamnese».

Informantene i begge intervjuene var entydige i at det er lege som tar opp anamnesen på pasienten. En anamnese er sykehistorie som er basert på opplysninger som er gitt av pasienten selv eller hans pårørende i samtale med lege.

«Legen gjør vurdering av videre behandling»

«Legen gjør vurdering av behandlingsnivå»

Det var enighet blant informantene om at det er lege oppgave å fastsette behandlingsregimet.

Diskusjon:

Informantene beskriver utredning av pasienter og behandlingsfastsettelse som legeoppgaver. Dette varierer fra land til land. Flere studier beskriver at enkle legeoppgaver som stille diagnose, utføre screeninger, samt foreskrive medisiner, utføres av sykepleiere med eller uten videreutdanning (Brusselkontoret, 2012) (Ball, et al., 2007) (Linden, et al., 2010).

Enkelte oppgaver innenfor utredning av pasienten innebærer liten risiko for skade, og det kan vurderes om de kan overføres til sykepleiere. Det finnes i litteraturen holdepunkter for at

sykepleiere som opplæres i enkle tradisjonelle legeoppgaver ved akuttmottak er like effektive og nøyaktige som «junior doctors» (Sakr, et al., 1999).

Det at informantene sier at de fleste oppgaver egentlig er legeoppgaver sier oss noe om at vi muligens i et oppgavefordelingsperspektiv fremover burde endre språket til at det er verken lege- eller sykepleieroppgave. Utover legemiddelforskrivning nedfelt i Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2012) § 11 som i utgangspunktet er lege ansvar, er det et interessant funn at en tradisjonell oppfatning om at «de fleste oppgaver egentlig er legeoppgaver» fortsatt er gjeldende.

Litteraturen understøtter at sykepleiere med videreutdanning kan utføre flere oppgaver innen utredning, som å observere og vurdere dyspne, bruk av ultralyd, vurdere behov for enklere radiologi, utredning av enklere skader, stille diagnose, skrive ut medisiner, med unntak av visse narkotiske stoffer (Brusselkontoret, 2012) (Ball, et al., 2007) (Meek, et al., 1998) (Henderson, et al., 2010) (Linden, et al., 2010) (Lim, et al., 2013).

Ved fastsettelse av behandling er det i utgangspunktet klart at det er leger som bestemmer utrednings- og behandlingsregimet (Befring, et al., 2004) (Molven, 2012). Det vurderes at utredning og fastsetting av behandling ikke er overførbar til sykepleiere i sin helhet innenfor rettslige rammer.

6.2.3 Vurdere behovet for billeddiagnostikk

Funn:

«Røntgen er legeordinasjon»

Informantene sier at det i utgangspunktet er en legeoppgave å vurdere behovet, rekvirere og vurdere billeddiagnostikk.

Billeddiagnostikk er en undersøkelse som supplerer eller bekrefter kliniske vurderinger av symptomer. Billeddiagnostikk er i dag blitt et viktigere og viktigere diagnostisk verktøy for raskere avklaring av den akutte kritisk syke pasienten. Det gir bekræftelse og avklaring til å sette en riktig diagnose, og det kan gi raskere avklaring på hastegrad og hvilken behandling pasienten trenger.

Diskusjon:

Kan kompetansen til en sykepleier være god nok til å vurdere behovet for deler av billeddiagnostikk i akuttmottak? Følger akuttmottak standardiserte pasientforløp kan dette være mulig. «Nasjonale veileder» foreslår at akuttmottakene organiserer prosedyrer for mer helhetlige pasientforløp ved enkelte definerte akutte tilstander, og at det er også ønskelig med helhetlige pasientforløp for pasienter med lavere hastegrad (Helsedirektoratet, 2014).

Litteratur (Meek, et al., 1998) (Lindley-Jones, et al., 2000) beskriver at sykepleiere med videreutdanning i andre land rekvirerer noe billeddiagnostikk. Sykepleiere med opplæring kan i dag foreta initiell undersøkelse som grunnlag for å rekvirere røntgen thorax, er nærmere beskrevet i kapittel 6.3.5. Lege kan så vurdere disse og eventuelt videre behov for supplerende billeddiagnostikk, for eksempel Røntgen thorax som grunnlag for CT.

Dette kunne muligens frigjort tid til at legers kompetanse kunne brukes mer effektivt. Leger kunne da i fremtiden i større grad komme inn til pasienten etter at det er skaffet til veie flere målinger og undersøkelser rundt pasienten og sette en diagnose og fastsette behandlingsregime.

Enkelte vurderinger av behov for enklere billeddiagnostikk kan muligens overføres fra lege til sykepleier innenfor en faglig forsvarlighetsvurdering.

6.2.4 Vurdere behovet for legemiddelordninger

Funn:

«Medisinsk ordinasjon er en legeoppgave»

Informantene sier det er en legeoppgave å ordinere medisiner. Legemiddelordinasjon er legemidler som gis til pasienten ved bestemte indikasjoner og i angitte doseringer. Lege beskriver ved ordinasjonen legemiddel og indikasjon, jfr. kapittel 4.1.

Diskusjon:

Legemiddelordinasjon er etter lovgivningen i all hovedsak en legeoppgave. Utover noen medikamenter som jordmor og odontolog kan gi, er det ikke lov i Norge at andre enn lege foreskriver medikamenter. Det er innenfor helselovgiving rom for å organisere legemiddelordinasjon via en medhjelperfunksjon etter Helsepersonelloven § 5.

Det fremkom i intervjuene at sykepleiere har en begrenset mulighet til å gi medikamenter i henhold til en forhåndsrekvirert prosedyre (Akuttstandard) i akuttmottaket, presentert i kapittel 6.1.2. I rapporten «Nye oppgaver, nye roller- Europas helsevesen i endring» (Brusselkontoret, 2012) refereres det til eksempler på at sykepleiere i andre land med videreutdanning har rekvireringsrett til medikamenter.

Innenfor kravet om faglig forsvarlighet er det svært begrenset mulighet for oppgaveoverføring av legemiddelforordninger.

6.2.5 Oppsummering

Informantene mener at det er en legeoppgave å konferere med innleggende lege, å utrede pasienten (inkl rekvirering av røntgenundersøkelser) og fastsette behandling (som å ordinere medisiner). Noen av informantene går så langt som å si at de definerer de fleste oppgaver som legeoppgaver

De oppgavene som av informantene ble beskrevet som legeoppgaver finnes beskrevet i Norsk Akkrediteringsveiledning for akuttmottak (Norsk Akkreditering, 2010). Det finnes eksempler på at sykepleiere kan gis begrenset mulighet til å utføre oppgaver som tradisjonelt vurderes til å være legeoppgaver, for eksempel sykepleiere som forordner røntgenundersøkelser (Pedersen, et al., 2009) eller gir medikamenter ut fra forhåndsordinert prosedyre (Akuttstandard). I Storbritannia finnes eksempler på at sykepleiere med videreutdanning har forordningsrett av medisiner (Brusselkontoret, 2012).

I utgangspunktet er det lege som skal bestemme utrednings- og behandlingsregimet. Generelt kan dette beskrives som undersøkelser og behandlingsformer som krever legefaglig kyndighet (Befring, et al., 2004) (Molven, 2012). Det er lege som innehar mest legefaglig kyndighet. Ut fra dagens antall leger i akuttmottak er det imidlertid slik at en må vurdere om sykepleiere innehar tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å overta noen av eller deler av de tradisjonelle legeoppgavene.

Hvis det ble organisert prosedyrer for mer helhetlige pasientforløp ved enkelte definerte akutte tilstander, foreslått i «Nasjonal veileder», ville slike overføringer av oppgaver bli lettere å gjennomføre innenfor faglig forsvarlighet (Helsedirektoratet, 2014). Gevinsten ved å gjennomføre helhetlige pasientforløp for pasienter med lavere hastegrad, ville kanskje være størst. Et eksempel er fra Danmark hvor standardisere mottaksprosedyren ved å gi opplærte

sykepleiere ansvaret for iverksettelse av relevant diagnostikk, smertelindring og væskebehandling, medførte omlag en time raskere gjennomføring av mottaksprosedyren, uten reduksjon i kvaliteten (Jensen , et al., 2007).

6.3 Hvilke oppgaver utfører delvis lege og delvis sykepleier?

6.3.1 Organisering av oppgaver i akuttmottak: «Tradisjon» og «Gråsoner»

Funn:

Intervjuene avdekket at en del oppgaver utføres delvis av leger og delvis av sykepleiere. Informantene beskriver ofte dette fenomenet i intervjuene som gråsoner i oppgavefordelingen. Informantene brukte litt forskjellige uttrykk, men det forekom en gjentagende beskrivelse av fenomenet som gråsoner.

«Jeg vet ikke om det bare er noe jeg tenker i hodet mitt. Men vi er et lite akuttmottak, så vi har nok en del gråsoner»

Funnene kan tyde på at gråsonefordelingen av oppgaver har utviklet seg gjennom det daglige arbeidet og er i dag blitt til tradisjon;

«Det er slik vi gjør det her»

Urinkateterisering var ved de to akuttmottakene en sykepleieroppgave, men informantene var usikre på hvorfor det tidligere hadde vært en legeoppgave, og på hvordan det hadde blitt en sykepleieroppgave. I denne diskusjonen ser en hvordan tradisjon fremkommer i oppgavefordelingen:

«Endring på det at bare leger skulle kateterisere menn, sånn var det, når jeg begynte på legevakta.»

«Det var det jeg lærte også på skolen var at det var legens oppgave.»

Moderator: Hvorfor ble kateterisering av menn definert som en legeoppgave i undervisningen?

«Jeg tror det ligger i tradisjonen. Det er legeoppgaver.»

«Tradisjon er godt ord»

«Jeg kan se tilbake på andre arbeidssteder utenfor helsevesenet, du fikk et ansvar som øker med erfaring, men jeg synes at helsevesenet er preget av tradisjoner, som du snakker om»

«En del oppgaver skal ikke vi gjøre, de er bare nedfelt, herregud gjorde du det. Også er det egentlig ingen som har spurt om hvorfor det er slik og om det er fornuftig å gjøre det annerledes. Det er min personlige tanke»

«Det er treghet i systemet så det tar det veldig lang tid før man endrer på arbeidsrutiner»

Informantene beskrev gråsonefordelingen av arbeidsoppgaver som forsvarlig for pasienten. Er sykepleiere i tvil, kontakter de en erfaren sykepleier eller lege. En slik gråsoner hadde neppe fått utvikle seg om leger og sykepleiere i akuttmottak hadde vurdert sykepleieres kompetanse som ikke tilstrekkelig til å utføre oppgavene.

«Moderator: Hvorfor gjør sykepleiere flere oppgaver enn hva som anses å være tradisjonelle sykepleieroppgaver?»

«Vi har medisinsk kompetanse fra utdanningen og så erverver vi en kompetanse gjennom erfaring.»

«En lege sa til en annen lege på legevakten, som jeg hørt: Bruk sykepleiere, de har medisinsk kompetanse.»

«Bruker vi hverandre kan vi utfylle hverandre.»

Informantene beskriver også at de ser muligheten for mer standardiserte behandlingsforløp og at dette ville kunne redusere gråsoner:

«Vi kunne hatt mye mer standardiserte opplegg»

Diskusjon:

Flere av informantene beskrev at de hadde kompetanse til å overta oppgaver fra legene, slik at legene kunne bruke sin kompetanse og tid til mer uavklarte og krevende pasienttilfeller. Dette funnet støttes også av rapporten Oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013). I denne rapporten vurderes det at endring i oppgavefordelingen vil kunne friggi tid for legene til mer komplekse sykdomstilfeller.

Et innspill fra informantene var at gråsonefordelingen av delvis lege- og delvis sykepleieroppgaver kunne ryddes opp i ved utvikling av flere standardiserte pasientforløp (Biringe, et al., 2013). Standardiserte pasientforløp er også tydeliggjort i «Nasjonale veileder» (Helsedirektoratet, 2014) trukket frem som en måte å organisere fremtidig akuttmottak.

Standardiserte pasientforløp ville kunne føre til en bedring i arbeidsflyt, pasientflyt og mer effektiv ressursutnyttelse (Brusselkontoret, 2012) (Campbell, et al., 1998) (Rotter, et al., 2010) (Herck, et al., 2004) (Panella, et al., 2009). En konsekvens vil være redusert ventetid for pasienten som skyldes uavklart oppgavefordeling og venting på lege. Utvikling av standardiserte pasientforløp og arbeid med arbeidsflyt kan være en anledning til å se på hvilke oppgaver som kan overføres fra lege til sykepleier.

I et svarbrev til Fylkeslegen i Akershus i en tilsynssak, beskrev daværende sykehusdirektør Hulda Gunnlaugsdottir tre alternative tiltak for å bedre kapasitetsutfordringene ved akuttmottaket ved Akershus Universitetssykehus (Akershus Universitetssykehus HF, 2013). Et av disse var behov for bedret arbeidsflyt, noe som er i tråd med innspillene fra informantene.

Informantene vurderer sin egen kompetanse som tilstrekkelig til å utføre en del oppgaver som ikke tradisjonelt er sykepleieroppgaver. De hevder at de likevel utfører disse oppgavene på en «sikker og tjenlig måte». Informantenes beskrivelse av sin kompetanse er i tråd med beskrivelsen av sykepleiere i rapporten fra «Nye oppgaver, nye roller- Europas helsevesen i endring»; som spesielt beskriver at de norske sykepleiere er en høyt akademisk utdannet helsepersonellgruppe (Brusselkontoret, 2012). Informantene beskriver selv sin kompetanse som adekvat til å utføre gråsonepgaver forsvarlig. For eksempel når informantene beskriver at de innehar kompetanse til å vurdere om pasienten har behov for ventilasjonsstøtte (NIV), og at de mestrer dette medisinske tekniske utstyret. Da blir det sentralt i vurderingen om noen av disse kan overføres til sykepleier innenfor det rettslige rommet for faglig forsvarlighet. Storbritannia har utviklet systemer både for organisering av drift (National Health Service Scotland, 2012) (Brusselkontoret, 2012) (National Health Service Scotland, 2014) (Health, 2010) og kompetansepass (Skills for Health, 2014) og dette er muligens en systematikk som kunne vært brukt i Norge også.

Funnene kan ses på som innspill til fremtidig organisering for å videreutvikle arbeidsflyt, pasientbehandling og ressursbruk uten at forsvarligheten brytes. Dersom forsvarlighetskravet legges til grunn, er det trolig mulig å overføre flere oppgaver som tradisjonelt har vært legeoppgaver til sykepleiere. En eventuell overføring av oppgaver fordrer at det for hver enkelt oppgave etableres rollebeskrivelse og opplæringsplan.

I det videre gjennomgås de enkelte oppgaver i akuttmottakene som fremkom fra informantene.

6.3.2 Pasient kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket

Funn:

Informantene forteller at sykepleiere tar imot pasienten som kommer «rett på døra». Omfanget og antallet av pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket fremkom ikke av datamaterialet, men fenomenet er av et slikt volum at det også ble beskrevet i «Mens vi venter» (Helsetilsynet, 2008).

Sykepleierne avviser enkelte pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket og viser de til annet omsorgsnivå: fastlege og legevakten m.m. Dette beskriver sykepleierne at de gjør etter en faglig vurdering. Informantene fortalte at de i varierende grad konfererer og avklarer disse pasientene med vakthavende lege, og de kunne heller ikke vise til skriftlige retningslinjer for denne praksis.

«Hvis jeg gjør en vurdering som legen ikke er informert om, er det jeg som må svi for det. Min sikkerhet er at pasienten kan dra på legevakten.»

Moderator: Er dette avklart?

«Tror det er grunnregel å henvise folk som kommer rett på døra til legevakta eller fastlege, om de ikke er åpenbart sjuke da!».

Moderator: Hvordan dokumenterer dere å ha avvist en pasient som står på døra?

«Det kommer an på situasjonen. Skriver notat om det er krangling.»

En av informantene i det samme intervjuet sa:

«Jeg ringer alltid legen, før jeg eventuelt avviser pasienter som kommer rett på døra.»

I det andre intervjuet svarte en av informantene:

«Vi vurderer om de skal legges inn.»

Moderator: Gjør sykepleiere det?

Ja, det er en gråsoner. Kommer de bare på døra avviser vi de. Men ofte konfererer vi med en lege.»

Informantene beskrev også en systematisk vurdering av pasientene som kommer uanmeldt og direkte på døra og som de henviste til annet tilbud:

«De som kommer rett på døra kan sykepleiere avvise, hvis de er kategori fire eller fem (Triage).»

Moderator: Er dette delegert eller eget ansvar etter prosedyre?

«Vet ikke hvem som står bak den, men det er vel ledelsen»

Det beskrives pasienter som kommer uanmeldt til akuttmottaket. Dette kan være pasienter som blir syke i umiddelbar nærhet av sykehuset eller som ikke har kjennskap til organiseringen av helsetjenestetilbudet. Disse pasientene får enten hjelp direkte av helsepersonellet i akuttmottaket om de er akutt kritisk syke eller henvises til rett behandlingsnivå (fastlege/legevakt).

Diskusjon:

Praksisen som beskrives synes å falle utenfor den rettslige rammen da det ikke finnes nedskrevne retningslinjer og heller ingen omforent praksis. Noen konfererer med lege, andre gjør det ikke. Noen dokumenterer, andre ikke. På den annen side virker det som informantene mener at den faglige vurdering av pasientens tilstand er innenfor sykepleieres kompetanse. Dette kan støttes av at det ved dagens organisering er sykepleiere som gjennomfører triageringen (Engebretsen, et al., 2013). Når sykepleiere møter pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket, gjøres det en kort klinisk vurdering av pasientene, for så eventuelt å avvise pasienten og henvise til fastlege eller legevakten. De pasienter som vurderes til å ha behov for spesialisthelsetjenestetilbud, tas inn i akuttmottaket.

Det fremkom heller ikke i intervjuene at det var etablert retningslinjer for dette og heller ingen systematisk dokumentasjon av de pasienter som henvises til annet sted. De påpekte at det til dels er rutiner og prosedyrer som er lite kjent og fulgt av personale i akuttmottaket. Dette

gjenspeiles i praksis som har utviklet seg til en tradisjon som ikke er i tråd med prosedyre eller i hvert fall ikke kjent for informantene.

Denne gråsonen er ikke innenfor forsvarlighetskravet, uten at denne praksisen er risikovurdert og nedfelt i en rollebeskrivelse i en prosedyre. Har akuttmottaket prosedyre på at sykepleiere kan avvise pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket uten å konferere med lege, kan dette vurderes til å være innenfor forsvarlighetskravet.

Triagering er tidligere omtalt i blant annet i kapittel 6.1.1 om sykepleieroppgaver i akuttmottak. Dersom akuttmottaket utvikler prosedyre på at pasienter som triageres til kategori fem kan avvises ved å gis beskjed om at de må oppsøke fastlege eller legevakten, vurderes det til å kunne være innenfor forsvarlighetskravet. Triagering i kategori 5 innebærer at pasienten skal ha tilsyn av lege eller sykepleier innen 240 minutter. Dette sier noe om hvor lite kritisk tilstanden til en pasient i denne kategorien ansees å være, og at kompetansen til sykepleiere derfor bør være tilstrekkelig til å avvise pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket.

Å vurdere forsvarligheten i det å avvise pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket har mange aspekter i seg, men ut fra lovverket skal det dokumenteres. Dokumentasjonen bør inneholde kort informasjon om sykehistorie og kliniske tegn og muligens måling av noen vitale parameter.

Hvor vidt sykepleiere ville rapportere praksis som et avvik, når de selv mener å ha kompetanse til å gjøre denne vurderingen, vites ikke. Men det kan uansett være på tide å evaluere denne praksis og tydeliggjøre rollebeskrivelser i prosedyre. «Mens vi venter» sier at alle som yter helsetjenester skal ha klare fullmakter hvor ansvar og myndighet er tydeliggjort (Helsetilsynet, 2008). Dersom forsvarlighetskravet legges til grunn, er det trolig mulig å overføre denne oppgaven. «Mens vi venter» skriver om disse pasientene at de kan komme direkte fordi de ikke har kjennskap til hvor legevakten er og det er lang kø på legevakten (Helsetilsynet, 2008). Noen bringer pasienten direkte, fordi de har mistanke om alvorlig skade. Sykepleier er i dag gitt oppgaven å vurdere hastegrad før tilsyn av lege (Engebretsen, et al., 2013). Da bør også det å vurdere pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket, være innenfor deres kompetanse.

6.3.3 Vurdere behov for å rekvirere laboratorieanalyser

Funn:

Informantene forklarte at blodprøverekvisisjoner i akuttmottak ble gjort etter ferdig definerte «pakker». Det ble forklart at disse pakkene er grovmaskede og standardiserte. De kan ofte være organisert etter hvorvidt pasienten observeres og vurderes av sykepleierne til å være for eksempel en kirurgisk, ortopedisk, eller indremedisinsk pasient. Informantene fortalte at bioingeniøren ofte tar et ekstra reagensrør med blod om det skulle vise seg at lege ønsker flere laboratorieanalyser enn det sykepleier har rekvirert.

«Vi tar blodprøver i forhåndsordinerte pakker».

«Ved forskjellige problemstillinger rekvirerer vi tilleggsprøver, det kan for eksempel være Troponin ved brystmerter»

«Her bestiller sykepleiere blodprøver, sykepleiere ser pasienten lenge før lege. En del situasjoner, for eksempel sepsis; da skal det være tatt bakterielle prøver»

«Vi tar urinprøve, blodprøver, dype halsprøver, og så gjør lege en vurdering av hva slags antibiotika pasienten skal i gang med. Vi vurderer CRP før lege kommer»

«Vi vet hvor det bærer hen og vi vet hva legen vil ha av prøver».

Informantene forteller at det i all hovedsak er sykepleier som rekvirerer laboratorieanalyser og også egne vurderinger for så rekvirerer laboratorieanalyser utover det forhåndsdefinerte i «pakkene».

Diskusjon:

Denne oppgaven ses på som delvis en legeoppgave og delvis sykepleieroppgave. Når de velger å bestille tilleggsblodprøver, begrunnet informantene det med at sykepleierne har medisinsk kompetanse til å vurdere pasienten.

Det er overraskende at informantene ikke nevner rekvirering av laboratorieanalyser som en legeoppgave. I veiledningen til Norsk Akkreditering står det at det er «lege som ordinerer laboratorieanalyser» (Norsk Akkreditering, 2010). Hva er så grunnen til at en slik sentral oppgave ikke blir nevnt i intervjuene som en legeoppgave? Det kan finnes flere mulige grunner for dette, men kompetanseutviklingen i sykepleierprofesjonen, medisinske og teknologiske framskritt, samt høy grad av rutine kan være mulige årsaker. Dette vurderes til å

være en overføring av oppgaver som er skjedd av seg selv, gjennom standardisering av laboratorieanalyser i akuttmottak.

Er dette innenfor det juridiske handlingsrommet som en sykepleier kan gjøre? For å svare på dette må det gjøres en risikovurdering – hva kan konsekvensen for pasienten være i at en sykepleier rekvirerer laboratorieanalyser og hva er sannsynligheten for at handlingen kan påføre pasienten mer lidelse? I utgangspunktet er svaret på disse spørsmålene er at det er lite skadepotensiale og pasienten påføres ikke ekstra lidelse av betydning.

At sykepleiere bestiller laboratorieanalyser ut fra predefinert standardisert prosedyre, vurderes til å være faglig forsvarlig. Dette gjelder også tilleggsbestillingene sykepleierne gjør ut fra sin medisinske kompetanse og vurdering.

Innenfor forsvarlighetskravet er det mulig å overføre vurderingen av å rekvirere hovedvekten av laboratorieanalyser, som tradisjonelt har vært en legeoppgave, til sykepleieroppgave.

6.3.4 Utføre ventrikkeltømming ved akutte forgiftninger

Funn:

«Vi gjennomfører ofte ventrikkeltømming, uten lege»

Informantene foreslo at sykepleiere kan vurdere behov for å gjennomføre ventrikkeltømming på våkne pasienter med akutt forgiftning med peroralt inntak. De fortalte at gjennomføring ventrikkeltømming av en våken pasient som oftest krever minimum to personer. Ofte utføres ventrikkeltømming av en erfaren sykepleier, gjerne med assistanse fra lege eller en annen sykepleier.

Diskusjon:

Å gjennomføre en slik prosedyre, anses å være innenfor sykepleieres kompetanse, både teoretisk og praktisk. Tidligere ble ventrikkeltømming gjort oftere og ble gjennomført ofte ved akuttforgiftninger etter peroralt inntak. I dag er det blitt en mye mer restriktiv bruk av denne prosedyren (Ryngstan, et al., 2000). Dette med bakgrunn i usikker effekt av tiltaket. I denne gjeldet praksis har man tydeligere behov for legenes kompetanse i å vurdere andre

medisinske tiltak i forhold til intoksikasjonen, og ikke selve oppgaven med ventrikkeltømming.

Med utgangspunkt i informantenes forslag om å gjøre ventrikkeltømming til sykepleieroppgave, kunne man alternativt sørge for å få disse pasientene raskt i behandling ved å opprette et hurtigforløp for akutte forgiftninger gjennom akuttmottaket og til intensiv-/overvåkningsavdeling; Sykepleier i akuttmottaket kunne vurdere pasienten alene og sende vedkommende videre til intensiv/overvåkingsavdeling. Med en raskere avklaring bare av sykepleiere i akuttmottaket kunne man avlastet akuttmottaket areal og personalmessig.

Omfanget av ventrikkeltømming som behandlingsregime anses som lite volum. Informantenes forslag om å overta denne oppgaven har i den sammenheng liten ressursmessig gevinst.

Det vurderes likevel at det burde være mulig for sykepleiere forsvarlig å kunne observere og vurdere denne pasientgruppen i akuttmottak, om det ble slik at denne pasientgruppen raskt ble forflyttet til intensiv/overvåkningsavdeling. Denne endringen i oppgavefordeling bør i så fall risikovurderes og rollebeskrivelsen inkluderes i prosedyre for å sikre faglig forsvarlighet.

6.3.5 Vurdere behov for og rekvirere enkle røntgenundersøkelser

Funn:

Informantene fortalte at sykepleierne rekvirerer enkle røntgenundersøkelser, for eksempel røntgen thorax.

«Vi bestiller røntgen thorax når vi vurderer at det er behov for det»

Informantene beskrev en tradisjon som har utviklet seg dithen at det er sykepleiere som observerer og vurderer behov for å rekvirere enkle røntgenundersøkelser.

Diskusjon:

Studier beskriver sykepleieres kompetanse til å rekvirere enkle røntgenundersøkelser (Brusselkontoret, 2012) (Meek, et al., 1998) (Lindley-Jones, et al., 2000) (Pedersen , et al., 2009). Studien viste at ved å gi sykepleiere oppgaven å rekvirere røntgenundersøkelser, ble

gjennomstrømmingen av pasienter i akuttmottakene raskere. Dette er muligens en gruppe pasienter som kunne bli tatt raskt i mot av sykepleiere i akuttmottak og overflyttet til de enheter hvor de erfarne legene er, for videre oppfølging.

I en annen studie publisert i Dansk Legetidsskrift, som omhandlet mottakelse av hoftefrakturpasienter, mente forskerne å ha data som underbygger at det å overlate slike vurderinger til sykepleiere ikke medfører økt rekvirering av enkle røntgenundersøkelser eller et dårligere tilbud til pasientene (Jensen , et al., 2007).

Det vurderes at å la sykepleiere vurdere behovet for og rekvirere enkle røntgenundersøkelser er mulig uten at forsvarlighetskravet brytes.

6.3.6 Legge inn arteriekanyler

Funn:

En arteriekanyler er en plastkanyler som oftest er lagt inn i pulsåre ved handledet. Arterietilgangen brukes til kontinuerlig overvåking av pasientens blodtrykk, og til blodprøvetaking. På denne måten unngår man gjentatte nålestikk

Det er tradisjonelt oppfattet som en anestesilegeoppgave å legge inn arteriekanyler. En av informantene uttalte at hun hadde begynt med å legge inn arteriekanyler selv etter å ha assistert anestesilegen.

«Det var ikke døgnkontinuerlig anestesilege før på dette sykehuset. Det er grunnen til at jeg ble rasende god til å sette arteriekanyler. Det hadde ikke skjedd på sykehus med døgnkontinuerlig anestesilegevakt, tror jeg. Men det har jo vært sånn at har du stått her noen ganger og håpet at en anestesilege skulle komme inn på en søndag, mens anestesilegen ikke kommer før i morgen. Da ta tok vi saken i egne hender, dette fikser vi. Man ser jo også at det fikser vi, det er klart det kan skje noe. Men arteriekanyler er ikke noe særlig vanskeligere enn å legge en veneflon»

Sykepleieren hadde fått opplæring av en anestesilege som en «mesterlæring» (Erlien , et al., 2010) og anestesilegen hadde overlatt denne oppgaven til sykepleieren, selv om det var utenfor rammen av hennes rollebeskrivelse og den ordinære arbeidsfordelingen i akuttmottaket. Denne sykepleieren konfererte med vakthavende anestesilege før innleggelse av arteriekanyler.

Diskusjon:

Denne oppgaven er det vanlig at anestesilegen utfører.

Denne praksisen, som denne ene sykepleieren har, vurderes til å være faglig forsvarlig innenfor rammen av Helsepersonelloven § 5 som beskriver av bruk av medhjelper (Helsepersonelloven, 2012). I akuttmottaket har det vært eksempler på at pasienter som legges inn fra prehospital tjeneste også har fått arteriekanyle innlagt av redningsmenn (ikke anestesileger) ved ankomst akuttmottaket.

Om ledelsen skal vurdere at sykepleiere kan overta ansvar for innleggelse av arteriekanyle i fremtiden uten at forsvarlighetskravet brytes, vil dette kreve en grundig gjennomgang av risiko. Denne oppgaven krever i utgangspunktet praktisk trening og har i mindre grad behov for legens medisinskfaglige kompetanse. En risikovurdering av denne oppgaven bør ha en vurdering av volum av pasienter opp i mot hvor mange ansatte som skal inneha en slik kompetanse ved et sykehus. Kompetansen kan for eksempel kartlegges ved hjelp av en kompetansematrise. Et såkalt «kompetansepass» er en annen mulighet til å sikre at sykepleiere har kompetanse til å legge inne arteriekanyler (Skills for Health, 2014).

Det vurderes at gjeldene ordning med at anestesilegen utfører innlegging av arteriekanyle er en god måte å sikre at pasienten får erfarne ansatte som utfører denne oppgaven. Samtidig kan denne oppgaven overføres fra lege til sykepleier uten at forsvarlighetskravet brytes. Det forutsetter dokumentert opplæring, tilstrekkelig praksis og tydelig rollebeskrivelse.

6.3.7 Vurdere behov for og ta arteriell blodgass

Funn:

En blodgassanalyse er en blodprøve som tas fra pulsåren, hovedsakelig fra pulsåren i håndleddet. Risikoen ved prøvetaking er liten i dag. Informantene fortalte at det i de to akuttmottakene er sykepleiere som vurderer behovet for og tar arteriell blodgass. I følge informantene er arteriell blodgassstaking en legeoppgave i noen akuttmottak, og det er lite informasjon omkring denne tradisjonens opprinnelse av at dette er en legeoppgave.

«Du gjør vurderinger, så tar du blodgass, og overlater til lege å sette en diagnose»

«Det er for så vidt en delegering, men blodgasser gjør vi jo over en lav sko»

«Blodgass, på mange sykehus er det legeoppgave, men ikke på dette sykehuset»

«Ja, vi har utdanningen vår. Tar vi en blodgass, så vurderer vi om pasienten kan få mer eller mindre oksygen.»

Noen av informantene mente de hadde en prosedyre og mente at de utførte oppgaven som en sykepleieroppgave. Andre beskrev at de vurderte hvilken lege som var på jobb om de utførte oppgaven eller ikke. Noen ville at sykepleiere skulle ta denne prøven, mens andre leger uttrykte at oppgaven var en klar legeoppgave. Informantene sier;

«Det hersker forskjellige syn på blodgass blant legene. Når legestanden har forskjellige meninger forplanter dette seg. Jeg er uenig i at sykepleier ikke kan vurdere behovet for blodgass.»

Ved kontakt med det ene akuttmottaket i etterkant av intervjuene, ble det opplyst om at man hadde en skriftlig prosedyre og systematisk opplæring. Allikevel viser praksis at det var den enkelte leges syn som avgjorde om sykepleier eller lege tok arteriell blodgass.

Diskusjon:

Informantene beskrev gjeldene praksis som delvis lege og delvis sykepleieroppgave. På den ene side hadde man et system som ivaretok den systemmessige forsvarligheten av at sykepleierne tok arteriell blodgass. På den annen side kan det virke som om enkelte vakthavende leger satte sykehusets prosedyrer til side og fratok sykepleierne oppgaven å ta arteriell blodgass. Dette begrunnet informantene i at legen bestemmer i medisinske spørsmål i den enkelte pasientsituasjon.

Innenfor kravet om faglig forsvarlighet vurderes behovet for å ta arteriell blodgass å være et eksempel på en oppgave som sykepleiere kan utføre, og som kan vurderes til å være en «enkel diagnostisk beslutning» (Helsepersonelloven, 2012), jfr. kapittel 4.1.

Krever denne oppgaven legekompentanse eller sykepleierkompetanse for å kunne vurderes til å være faglig forsvarlig? Det er ikke funnet holdepunkter i studier på at det er mer faglig forsvarlig at en lege utfører blodgasstaging enn en sykepleier.

Oppgaven antas at tidligere var mer komplisert og det ble gjort i mye mindre volum enn i dag, noe som kan forklare at den har blitt «hengende igjen» hos lege. En annen forklaring på at leger fortsatt utfører arteriell blodgasstaging, er at den er en del av opplæringen av nye leger.

Derfor holder man på den tradisjonelle oppgavefordelingen for at turnuslegen skal få praksis. Dette ble beskrevet i tidsskriftet *Overlegen* sitt temanummer om oppgavegliding som en ulempe ved å overlate arbeidsoppgaver til andre (Norsk Overlegeforening, 2012). Overlegenes bekymring er hvordan assistentlegene skal lære seg håndverket i faget. Spørsmålet er imidlertid om dagens lege strengt tatt skal trenge å kunne ta arteriell blodgass. Verden går fremover, kompetansen er i stadig utvikling i begge profesjoner, kanskje legene skal bruke sin kompetanse og tid på andre oppgaver.

Det er også et spørsmål om antallet ganger lege eller sykepleier utfører prosedyren, jfr. professor dr Birkeland ved lungeavdelingen på Rikshospitalet (Suman, et al., 2006). Han mener at det er bedre å ha gode sykepleiere som har mye trening med prosedyren enn leger som ikke har metoden i hendene. Ut fra informantenes uttalelser kan det forstås at knapphet på leger, er en mulig forklaring på at sykepleierne gradvis har overtatt denne oppgaven ved sine akuttmottak. Sykepleier triagerer oftest pasienten før lege kommer og en blodgass bør tas før det igangsettes strakstiltak som å gi pasienten oksygen.

Indikasjonen for å utføre den prøvetakningen bygger på observasjoner og vurderinger som sykepleiere utfører når pasienten ankommer akuttmottaket. «Mens vi venter» beskriver at sykepleiere gjør en del strakstiltak (Helsetilsynet, 2008). Å ta arteriell blodgass er i dag å anse som like naturlig som å måle temperaturen på pasienten i akuttmottaket.

Ut fra kravet om forsvarlighet kan denne tradisjonelle legeoppgaven overføres til sykepleiere.

6.3.8 Igangsette akuttbehandling med non-invasiv ventilasjon (NIV) ved dyspné

Funn:

Behandlingen med non-invasiv ventilasjonsstøtte (NIV) er en behandling hvor pasienten får en maske over munn og nese, som gir støtte til innpust ved hjelp av overtrykk og oksygentilførsel.

Informantene diskuterte hvorvidt ventilasjonsstøtte med bruk av non-invasiv ventilasjon NIV er en legeoppgave eller sykepleieroppgave.

Moderator: Er akuttbehandling med non-invasiv ventilasjon (NIV) legeoppgave eller sykepleieroppgave?

«Det er sykepleieroppgave, men det er legen som skal bestemme innstillinger.»

Moderator: Er det sykepleier eller leger som tar den i bruk på indikasjon? «Begge». (samtykkende svar fra resten av informantene, i begge intervjuene)

Moderator: Hva er det som gjør at sykepleiere tar den i bruk? «Vi har gjengangere og tar blodgass.» (Gjengangere = kronikere, red. anm.)

«Det er ofte vi som insisterer på å bruke NIV».

«Vi tar blodgass, pasienten med KOLS, får raskere behandling, hvis vi starter opp med NIV, når legen er opptatt. Vi kan stille inn BiPAP (NIV), for vi kan det bedre enn legen».

Informantene beskriver at de innehar kompetanse til å vurdere om pasienten har behov for ventilasjonsstøtte (NIV), og at de mestrer dette medisinsk tekniske utstyret. Det er dog lege som i følge begge sykehusenes rollebeskrivelse i prosedyrer skal ta beslutningen om hva slags innstillinger som skal brukes på maskinen (NIV).

Flere av informantene beskriver seg selv som mer erfarne enn legen i å stille inn dette medisinsk tekniske utstyret (NIV). Dette fordi behandlingen krever erfaring, kontinuerlig observasjon og rask intervensjon ved maskelekkasje mellom maske og ansikt. Disse observasjonene og vurderingene oppfatter informantene at de har mere erfaring til å gjøre enn legene de samarbeider med.

På den annen side, er det i følge informantene ikke samsvar mellom sykehusenes rolleavklaring i prosedyrer og praksis rundt denne oppgaven. De beskriver at de igangsetter behandlingen selv om de vet at prosedyren sier at det er et lege ansvar å forordne bruk og innstilling av NIV. De omtaler oppgavefordelingen som en gråsoner, hvor de finner fungerende samarbeidsformer med lege i akuttmottaket.

Informantene i intervjuene snakker om NIV som om de egentlig har tatt over oppgaven, men de vet at denne oppgaven egentlig er definert som en legeoppgave i sykehusenes rollebeskrivelse i prosedyre.

Diskusjon:

Det er oftest sykepleiere som vurderer indikasjon, tar avgjørelsen, før NIV tas i bruk på pasienter med dyspne.

Å gi pasienten enkel oksygenbehandling er i «Mens vi venter» omtalt som et aktuelt strakstiltak som sykepleiere utfører i dag, jfr. kapittel 6.1 (Helsetilsynet, 2008).

Dette kan forstås ut i fra at sykepleierne i akuttmottaket ofte har mer erfaring med denne delen av pasientbehandlingen, enn leger i vakt. Sykepleierne er fast ansatt i akuttmottaket, mens legene rullerer mellom akuttmottaket og sengeposter/fagområder, jfr. beskrivelse av organisering i kapittel 3.

Det kan også ha sammenheng med erfaringsbakgrunnen til leger i akuttmottak. Det beskrives i rapporten «Mens vi venter» at det ofte er leger med lite erfaring i akuttmottakene (Helsetilsynet, 2008). Dagens Medisin skrev i 2013 at 84% av landets akuttmottak har turnusleger med kun få måneders erfaring i front i akuttmottaket (Storvik, 2013).

Innenfor kravet om faglig forsvarlighet kan man muligens vurdere det å vurdere, igangsette og behandle med NIV som enkel diagnostikk. Dette jfr. utleggingen av enkel diagnostikk i § 4 tredje ledd i Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2012). Dagens teknologi og utvikling av NIV-maskiner har kommet såpass langt at oppgaven er en svært enkel og ukomplisert intervensjon. Sett fra denne synsvinkelen vurderes det til at NIV-behandling i dag kan sammenlignes med andre tidlige tiltak som intravenøs væskebehandling og smertelindring. Dersom det utarbeides rollebeskrivelser i prosedyrer i tråd med gjeldende praksis og sykepleiere har opplæringsprogram, kan de overta denne oppgaven.

Et tenkt dilemma i dette tilfellet vil være situasjoner med godt erfarne sykepleiere, som ser pasientens behov for NIV, i kombinasjon med uerfarne leger, som ikke ser de samme mulighetene i tidlig bruk av NIV. Lege forbeholder seg beslutningsansvaret og lytter ikke til erfaren sykepleier, men forordner en annen behandling, jf. legenes instruksjonsmyndighet etter Helsepersonelloven § 4.

Et forskningsresultat fra en studie i 2013 kan understøtte at sykepleiere har kompetanse til å vurdere pasienter med dyspné (Lim, et al., 2013). Ved hjelp av en simuleringsmaskin (SinMan 3G) skulle man se om det var forskjell mellom lege og sykepleiers evne til observasjon av dyspné. Konklusjonen av studien var at sykepleier med opplæring kunne

observere dyspné like godt som lege. Informantene i intervjuene mener at sykepleiere har kompetanse til å overta denne oppgaven.

Dagens prosedyre er at det er lege som skal ta beslutningen og stille inn NIV-behandlingen. Ut ifra litteraturen og informantenes tilbakemeldinger vurderer jeg det til at sykepleiere kan overta iverksetting av NIV uten at forsvarlighetskravet brytes. Det forutsetter dokumentert opplæring, tilstrekkelig praksis og tydelig rollebeskrivelse.

6.3.9 Vurdere og igangsette behandling av pasienter med akutt forverring av kronisk sykdom

Funn:

«Vi gir for eksempel Somac til herr Nilsen som har gått ut og inn her i 15 år og derfor gir vi han det. Han er en kjent pasient. Vi ønsker å gjøre det beste for pasienten, du har pondus god nok, du kjenner pasienten godt nok og du kjenner legen godt nok».

En pasientgruppe i akuttmottak er pasienter med akutt forverring av sin kroniske lidelse. Noen av disse pasientene med kronisk sykdom har periodevis hyppige innleggelser, såkalte «gjengangere». Disse pasientene har kjente innleggelsesårsaker og behov for spesialisthelsetjeneste. Informantene mente at i mottak av pasienter med hyppige akutte forverringer av sin kroniske sykdom, kunne sykepleiere vurdere pasienten og igangsette behandling etter standardiserte behandlingsforløp. Det er ofte høy grad av standardiserte behandlingstiltak for å få stabilisert pasienter med akutt forverring i akuttmottaket.

Informantene beskriver også at dette ofte dreier seg om pasienter som er kjent av personalet i akuttmottaket.

Diskusjon:

Det er oftest lege som gjør denne oppgaven i akuttmottakene i dag. Medisinsk behandling av akutte kroniske pasienter forordnes av lege og sykepleier utfører den. Å utvikle et systematisk opplegg for dette, vurderes som lite hensiktsmessig. I det enkelte pasienttilfellet har lege et tydelig ansvar for den medisinske behandling (Helsepersonelloven, 2012) (Molven, 2012).

Selv om informantene mente at de kunne overta oppgaven å vurdere og igangsette behandling av pasienter med akutt forverring av sin kroniske lidelse, vurderes ikke denne oppgave å kunne overtas og utføres innenfor faglig forsvarlighet av sykepleier.

6.3.10 Vurdere og behandle DVT

Funn:

«Kunne vi gjøre vurderingen av blodprøven D-dimer, kunne sykepleier rekvirere ultralyd og vi kunne forordne behandling etter standardisert behandling»

En pasientgruppe som ble diskutert i intervjuene var pasienter med spørsmål om dyp venetrombose, DVT, hvor informantene mente at sykepleiere kunne gjennomføre utredning, beslutning og oppstart av behandling.

Praksis er ifølge informantene at pasienten tas i mot av sykepleier som gjør triagering og målinger. Deretter gjør lege en undersøkelse, og laboratorieanalyser og radiologi vurderes.

Diskusjon:

Det er oftest lege som gjør denne oppgaven i akuttmottakene i dag.

Informantene peker på at det kunne vært laget standardiserte pasientforløp for pasienter med tentative diagnosen DVT. De beskriver et pasientforløp hvor sykepleiere bestiller laboratorieundersøkelser og radiologiske undersøkelser etter gitte kriterier. En studie, viser at sykepleiere kan utføre enkle ultralydundersøkelser i akuttmottaket med god kvalitet, etter opplæring (Henderson, et al., 2010). Et standardisert pasientforløp og opplæring av sykepleiere til å utføre enkle ultralydundersøkelser vil kunne gi økt gjennomstrømningshastighet av pasienter og frigjøre legenes tid til andre oppgaver.

Spørsmålet blir om implementeringen av et standardisert behandlingsforløp vil være forsvarlig. I kommentar til Helsepersonelloven § 4 tredje ledd beskrives det at kravet om at lege tar beslutninger i medisinske spørsmål. Dette utelukker imidlertid ikke at annet helsepersonell kan utføre enkel diagnostikk (Helsepersonelloven, 2012).

Etter min mening vil innledende diagnostikk av DVT være innenfor det som beskrives som enkel diagnostikk. Innledende diagnostikk av DVT medfører liten risiko for pasienten. Om vurdering av DVT overføres til sykepleiere, skulle det være innenfor de rettslige rammene,

avhengig av opplæring og konsensus med medisinskfaglig ansvarlig ved den enkelte enhet. Men, når det kommer til igangsetting av behandling, i dette tilfellet forordning av blodfortynnende medikamenter er dette rekvirering av reseptbelagt legemiddel i utgangspunktet en legeoppgave jmf § 11 i Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2012). Frem til ordinasjonen av legemiddelet vurderes det til at denne oppgaven kan overføres til sykepleiere uten at forsvarlighetskravet brytes.

6.3.11 Kontrollere blodprøve (INR) og regulere Marevandose

Funn:

Oppfølging av pasienter med atrieflimmer er en tid- og ressurskrevende oppgave, som har ført til at dette ofte gjøres av sykepleiere ved medisinske poliklinikker (Hernæs, 2012). Informantene mente at sykepleiere i akuttmottaket kunne utføre denne oppgaven på tidspunkter hvor poliklinikken ikke er åpen, som kveld, natt, helg og høytider. Det er oftest lege som gjør denne oppgaven i akuttmottakene i dag.

«Vi kunne bestille INR og regulere Marevandose».

Diskusjon:

For at sykepleiere skal kunne overta denne oppgaven innenfor forsvarlighetskravet, vurderes det til at kontroll/tolkning av blodprøve og dosering av Marevan må organiseres som en medhjelperoppgave jfr. Helsepersonelloven. § 5 (Helsepersonelloven, 2012). Detaljer rundt medhjelperoppgaven er beskrevet i kapittel 4.1.

Forordning av medikamenter er en legeoppgave (Helsepersonelloven, 2012) (Molven, 2012) (Befring, et al., 2004). Om oppgaven skal overtas av sykepleiere i akuttmottaket må opplæring gis og skriftlige prosedyrer utarbeides, noe som vil kreve ressurser. Ut fra volumet av pasienter med denne problemstillingen i et akuttmottak, er det etter min mening ikke ressursmessige gevinster å hente på endring av praksis. Disse pasientene følges opp av fastlege eller på poliklinikk, og volumet av pasienter med akutt behov for endring i dosering av Marevan anses ikke som nevneverdig i akuttmottak.

Det vurderes dog mulig å organisere oppgaven innenfor rettslige rammer av forsvarlighet med utgangspunkt i at sykepleiere utfører oppgaven på poliklinikker i dag (Hernæs, 2012).

6.3.12 Ad hoc oppgavefordeling

Funn:

«Mens vi venter»-rapporten beskriver at noe oppgavefordeling skjer på en mer tilfeldig og lite systematisert måte (Helsetilsynet, 2008). Oppgavefordelingen har form av at man hjelper hverandre for å få ting gjort, og til det beste for pasienten. Rapporten peker dog på at dette følger et mønster av ad hoc-løsninger og kriseadministrasjon snarere enn systematisk styring. Informantene omtaler denne delvise oppgavefordelingen;

«Ja, vi tar avgjørelser fordi en ikke har tilgjengelig lege».

«Ja, det er uklart i dag. Alle forordninger som for eksempel, blodgass, væskeinfusjoner, oksygenadministrasjon og behandling».

Moderator: *«Går det bra med pasientene når dere gjør alt dette uten forordning?»*

«Ja, pasienten får raskere behandling, hvis de trenger det».

«Mer forhåndsordinering av blodgass, væskebehandling, røntgen. Pasienten kan bli liggende lengre i akuttmottaket om sykepleiere ikke kan gjøre det fordi det ikke er ordinert»

Det er også et gjennomgående funn at informantene er usikre på hva som er nedfelt i prosedyrer og hva som henger sammen med hvilken lege som har vakt i akuttmottaket. Det fremstår som det er uklarerhet i ansvaret mellom profesjoner og ledelsen.

«Jeg ser an legen hvor mye jeg gjør»

«Om vi følger prosedyren kommer an på hvilken lege som er på vakt»

«Det har litt å si hvilken lege som er til stede, er han ikke til stede, forutser vi hva han vil gjøre og gjør det»

«Sykepleiere gjør mye av det legene skulle ha gjort, om det er avklart er uklart, men det er jo kjent at vi gjør dette»

Samtidig forteller informantene at dersom legen får tilsnakk fra sin overordnede for ikke å ha forordnet legeoppgaver, skylder legen på sykepleieren.

«Legen anklager oss hvis legen har fått kritikk fra andre hold. Da skylder de på sykepleieren»

Dette funnet indikerer at sykepleiere utfører oppgaver som de vet er legeoppgaver, i på vente av lege. Dette for å redde situasjoner fra å utvikle seg til uønskede hendelser og svikt. Det kan også se ut som om det er en gjensidig forventning om at det skal være slik.

Diskusjon:

I «Mens vi venter» sies det at sykepleiere allerede i dag utfører tradisjonelle legeoppgaver:

«Statens helsetilsyn har gjennom dette tilsynet avdekket at i perioder når det hoper seg opp med mange pasienter i akuttmottaket samtidig, som enten venter på lege eller på å bli overført til en annen avdeling i sykehuset, er det kompetente enkeltpersoner i akuttmottakene som «bretter opp ermene», improviserer og finner ad hoc-løsninger og redder pressede situasjoner fra å utvikle seg til uønskede hendelser og svikt» s.27 (Helsetilsynet, 2008).

Ad hoc-løsningene som omtales i rapporten, beskrives ikke som uforsvarlige. De beskrives som løsninger som redder situasjonen fra å utvikle seg til uønskede hendelser. Det fremkommer ikke i «Mens vi venter» om hvorvidt det er «situasjonen for øvrig» «den enkeltes kvalifikasjoner» eller «arbeidskarakter» som gjør at tilsynet vurderer disse sykepleierne til at de redder situasjoner fra å utvikle seg til uønskede hendelser og svikt (Helsepersonelloven, 2012).

Det er når det ikke er lege tilgjengelig at sykepleiere tar i bruk sin kompetanse og utfører tradisjonelle legeoppgaver. I rapporten «Nye oppgaver, nye roller – Europas helsevesen i endring er det i de landene med lav lege/sykepleiere ratio at oppgavefordeling er kommet lengst (Brusselkontoret, 2012). Det samme fenomenet ser vi også, men i mindre skala i funnene fra intervjuene.

Informantene beskriver at ad hoc oppgavefordeling er så innarbeidet og hyppig at det ikke kan kalles ad hoc-løsninger. Det blir mer en uformell norm som det er enighet om, i hvert fall slik informantene selv så det.

Generelt kan mange av ad hoc-løsningene, kunne erstattes av en overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere uten at forsvarlighetskravet brytes. Dette kan være NIV-behandling,

oksygenbehandling, blodgastaking. Det forutsetter dog en organiseringsdiskusjon og en vurdering av hva som er ønskelig og mulig, og faglig forsvarlig.

6.3.13 Oppsummering

Informantene hevdet at mange oppgaver utføres i en gråsoner og er fordelt mer etter tradisjon enn kompetanse. Informantene beskriver at gråsonene i oppgavefordeling mellom sykepleiere og leger er ganske faste, og nesten hva man kan kalle en uformell norm. I «Mens vi venter» rapporten er denne oppgavedelingen omtalt som ad-hoc-oppgavefordeling. Informantene fra begge mottak beskriver oppgavefordelingen i gråsonene mer som et resultat av norm og tradisjon enn ad-hoc-tilnærmingen skulle tilsi. Sykepleierne i akuttmottakene hevdet selv at de handlet innenfor faglig forsvarlighet i oppgavene de tok på seg i gråsonene.

De hevdet videre at de kunne motta henvendelse fra pasient uanmeldt og direkte til akuttmottaket. De mente at de kunne vurdere disse pasientenes behov for spesialisthelsetjeneste og evt. henvise dem videre. Når det gjaldt å rekvirere laboratorieanalyse etter predefinerte «pakker» og å vurdere tilleggsprøver, beskrev informantene at denne oppgaven normalt ble utført av sykepleiere, og at dette var kjent i akuttmottaket. Informantene mente at de også kunne vurdere behov for og utføre ventrikkeltømming ved akutte forgiftninger. Videre fortalte informantene at de kunne vurdere behov for og rekvirere enkle røntgenundersøkelser. Det kom forslag om at sykepleierne kunne overta å legge inn arteriekanyler. Ved begge akuttmottakene var det avklart at sykepleiere kunne vurdere behov for og ta arteriell blodgass. Det kom frem blant informantene at dette ikke er en oppgave som er organisert til sykepleier ved andre akuttmottak de hadde arbeidet ved. Informantene var svært engasjerte når de kom til oppgaven å igangsette akuttbehandling med non-invasiv ventilasjon (NIV) ved dyspné. Informantene beskriver at det er sykepleieren som vurderer behandlingsbehov for NIV og stiller inn maskinen, mens det formelt i prosedyren er definert som en legeoppgave. Informantene mente at det å vurdere kjente pasienter med akutt forverring av sin kroniske sykdom, kunne overtas av sykepleiere. Informantene foreslo at sykepleiere kunne vurdere og behandle DVT, og også kontrollere blodprøve (INR) og regulere Marevandosering.

Så blir spørsmålet om sykepleiere kan utføre disse oppgavene faglig forsvarlig? Informantene vurderer at deres kompetanse, både formal- og realkompetanse, er tilstrekkelig til å kunne

utføre delvis lege- og delvis sykepleieroppgave (gråsoneoppgaver) på en sikker og tjenlig måte. Den internasjonale litteraturen støtter også dette, som tidligere presentert i kapittel 4.3. Et gjennomgående funn fra informantene er at lege kontaktes og det søkes råd og bistand i utførelsen av oppgaver ved behov.

For at utførelsen av oppgavene i 6.3 skal kunne vurderes som faglig forsvarlige, må prosedyrer, inkludert rollebeskrivelser og opplæringskrav, være tydelig nedtegnet i styringsdokumentene som så inngår i virksomhetens internkontrollsystemer (Helsetilsynet, 2008) (Helsedirektoratet, 2014).

Imidlertid er det i utredningen av pasienten og fastsettelse av behandling at leger har sine klart definerte oppgaver i akuttmottaket, beskrevet i kapittel 4.1, jfr. Helsepersonelloven § 11 (Helsepersonelloven, 2012). Informantenes forslag om å overta pasienter med tydelige medisinske behov, som behandling av kronikere, behandling av DVT og regulering av Marevan, er derfor ikke oppgaver sykepleiere verken med eller uten videreutdanning kan overta når lovkravene skal ivaretas.

6.4 Samlet oppsummering og diskusjon

Forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 er basert på følgende sider i kravet til helsepersonellet:

- *Den enkeltes kvalifikasjoner*
- *Arbeidets karakter*
- *Situasjonen forøvrig*

Helsepersonellovens forsvarlighetskrav er sentrale i vurderingen av om en oppgave kan overføres og om sykepleiere kan utføre arbeidet på en «sikker og tjenlig måte» (Molven, 2012). Når det gjelder faglig forsvarlig sykepleie i akuttmottak sier Nasjonal Veileder (Helsedirektoratet, 2014): «Faglig forsvarlig sykepleie i akuttmottak innebærer å kunne handle raskt og riktig på basis av faglige vurderinger av en pasientsituasjon».

Tabell 1 viser en oppsummering av de oppgavene i akuttmottak som ble omtalt av informantene, ref. kapittel 6.1, 6.2, 6.3.

Tabell 1: Oppsummering av oppgaver som sykepleiere og leger gjør i akuttmottak, som fremkom i intervjuene

• Triage
• Gi omsorg
• Observere og vurdere pasienten
• Vitale parametere nedtegnes og systematisk vurderes
• EKG-registrering og vurdering
• Urinkateterisering
• Innlegging av perifer venekanyle (PVK)
• Intravenøs væskebehandling
• Anamnese
• Igangsetting av medisinsk behandling
○ DVT behandling
○ Marevandosering
○ Kronikere
• Urinprøver
• Ta dyp halsprøve
• Ta bakterielle prøver fra sår
• Hemofec-analyse
• Lytte på pasienten med stetoskop
• Vurdering av behandlingsnivå;
○ Fastlege og/eller legevakten
○ Innlegging eller poliklinikkoppfølging
• Rekvirere laboratorieanalyser
• Legge inn arteriekanyle
• Ta arteriell blodgass
• Oksygenbehandling
• Ventrikkeltømming
• Rekvirere radiologiske undersøkelser
• Non-invasiv ventilasjon (NIV)
• Fastsettelse av utredning og behandlingsregimet

Noen av informantene hevdet at de fleste oppgaver egentlig er legeoppgaver. Dette kan henge sammen med at det er leger som har den høyeste medisinske kompetanse.

Tabell 2 gir en samlet oversikt over hvilke oppgaver informantene hevder å utføre i dag, evt. ha kompetanse til å overta, samt en oppsummering av mine vurderinger i kapittel 6.1 - 6.3 av om hvorvidt disse ligger innenfor kravet til faglig forsvarlighet. Informantene uttrykte variasjoner i hvor stor grad de kunne overta oppgavene. Disse nyansene er beskrevet i underkapitlene.

Tabell 2: Oppgaver informantene hevder å utføre i dag, evt. anser seg kompetente til å overta, og vurdering av om de oppgitte oppgavene kan overtas og utføres faglig forsvarlig av sykepleiere.

Oppgaver informantene hevder å utføre / kunne overta	Vurderes som faglig forsvarlig
Triage	Ja
Gi omsorg	Ja
Observere og vurdere pasienten	Ja
Vitale parametere nedtegnes og systematisk vurderes	Ja
EKG-registrering og vurdering	Ja
Urinkateterisering	Ja
Innlegging av perifer venekanyle (PVK)	Ja
Intravenøs væskebehandling	Ja
DVT behandling	Nei
Marevandosering ved atrieflimmer i akuttmottaket	Nei
Behandling av kronikere	Nei
Urinprøver	Ja
Ta dyp halsprøve	Ja
Ta bakterielle prøver fra sår	Ja
Hemofec-analyse	Ja
Lytte på pasienten med stetoskop	Ja
Avvise pasienter som kommer uanmeldt og direkte til akuttmottaket	Ja
Rekvirere laboratorieanalyser	Ja
Legge inn arteriekanyle	Ja
Ta arteriell blodgass	Ja
Oksygenbehandling	Ja
Ventrikkeltømming	Ja
Rekvirere enkle radiologiske undersøkelser	Ja
Non-invasiv ventilasjon (NIV)	Ja

Helsepersonelloven § 4 tredje ledd tydeliggjør at det er lege som bestemmer utredningen av pasienten og fastsettelse av behandlingsregimet hvor det kreves legefaglig kyndighet, og det er her at leger har sin klareste definerte oppgave. I Helsepersonelloven § 11, reguleres det at det i utgangspunktet er leger som har rett til å rekvirere legemidler og bestemme bruk og dosering.

Informantene foreslår å overta oppgaver som fastsettelse av behandlingsregimet for kronikere, behandling av DVT og regulering av Marevan ved kjent atrieflimmer, ref. Tabell 2. Dette er i dag legens oppgave. For at sykepleieren skal overta disse oppgavene på forsvarlig vis, kreves mye medisinsk kompetanse som i dag innehas av legen. Det er verken ressursmessig eller faglig hensiktsmessig å overføre disse oppgavene til andre. Behandlingsregimet for kronikere i akuttmottak er som oftest knyttet til forverringstilstander. Dette er nyoppståtte medisinske

tilstander som krever individuell medisinsk vurdering, og dermed legens kompetanse. Det samme gjelder for pasienter med nyoppstått DVT. Dette er også nyoppståtte tilstander som krever legefaglig kompetanse. Volumet av pasienter med Marevandoser i akuttmottaket er så lavt at det anses som lite hensiktsmessig for oppgaveoverføring. Dette til tross for at informantene selv mener de er kompetente til å utføre oppgavene og sykepleiere gjør det på poliklinikker. Derfor er informantenes forslag om å overta pasienter med medisinske behov, som fastsettelse av behandlingsregimet for kronikere, behandling av DVT og regulering av Marevan, lite egnet for overføring fra lege til sykepleier.

Enkelte av disse «sykepleieroppgavene», for eksempel Hemofec og dyp halsprøve, kan sees på som en del av diagnostiseringen, og krever altså legefaglig kyndighet. Imidlertid anses disse oppgavene å være av en rutinemessig karakter og oppgavens skadepotensiale er lavt. Oppgavene krever medisinsk kyndighet, men ikke nødvendigvis på legnivå. Derfor bør disse oppgavene kunne være overførbare til sykepleiere, forutsatt opplæring.

For at utførelsen av enhver oppgave skal kunne vurderes som faglig forsvarlig, må prosedyrer, inkludert rollebeskrivelser og opplæringskrav, være tydelig nedtegnet i styringsdokumentene som så inngår i virksomhetens internkontrollsystemer (Helsedirektoratet, 2014) (Helsetilsynet, 2008).

Norske sykepleiere er i litteraturen omtalt som en høyt akademisk utdannet helsepersonellgruppe (Brusselkontoret, 2012), i forhold til andre europeisk land. Litteraturen underbygger at sykepleiere med og uten videreutdanning kan utføre oppgavene (tabell 2) med god kvalitet og med gevinster som mindre totalt ressursbruk og venting for pasienter. (Helsedirektoratet, 11-2013). Gevinster ved oppgaveoverføring fra lege til sykepleier er beskrevet i flere artikler og presentert i 4.3. Internasjonal litteratur viser til at sykepleiere med videreutdanning har forordningsrett av medikamenter, der spesielt Storbritannia er et foregangsland på området (Brusselkontoret, 2012) (Health, 2011). Rapporten «Nye oppgaver, nye roller- Europas helsevesen i endring» påpeker at det i de landene hvor overføring av oppgaver er mest utbredt, er dette drevet av en lav lege-sykepleierpersonell-ratio og økonomi (Brusselkontoret, 2012).

Litteraturen beskriver i stor grad sykepleiere med videreutdanning som overtar legeoppgaver. Intervjuene avdekket at informantene hovedsakelig er sykepleiere uten videreutdanning. De mener likevel å kunne overta flere av legens oppgaver. Dette kan skyldes at de norske

sykepleiere er en høyt akademisk utdannet gruppe, og deres kompetanse er derfor ikke nødvendigvis sammenlignbare med sykepleiere i andre europeiske land.

Innføring av standardiserte pasientforløp vil sikre faglig forsvarlighet ved overføring av oppgaver. Standardiserte pasientforløp ville kunne føre til en bedring i arbeidsflyt, pasientflyt og mer effektiv ressursutnyttelse (Brusselkontoret, 2012) (Campell, et al., 1998) (Rotter, et al., 2010) (Herck, et al., 2004) (Panella, et al., 2009). En konsekvens vil være redusert ventetid for pasienten som skyldes uavklart oppgavedeling og venting på lege.

7 Konklusjon

Hvilket rom gir de rettslige rammene for endring av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i et akuttmottak?

Det rettslige rommet for endring av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere avgjøres hovedsakelig av forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven. Det utvikles nye standarder over tid, ved at det tilkommer ny kunnskap, ny teknologi eller endrede forutsetninger. Intervjuene, støttet av litteratur, viser at det finnes muligheter for å overføre flere oppgaver som tradisjonelt har vært legeoppgaver til sykepleiere i akuttmottak.

Intervjuene viste at informantene allerede i dag utfører det som tradisjonelt ansees å være legeoppgaver, som for eksempel arteriell blodgass, vurderinger om hvilke blodprøver som skal tas. Informantene hevder å være kompetente til å utføre flere av oppgavene som i dag er legeoppgaver. Samtidighetsutfordringer og manglende tilgang på lege later til å være en sentral driver for uformell utførelse av oppgaver som tradisjonelt er vurdert til å være legeoppgave.

Praksis for oppgavefordeling skjer til dels i en uformell oppgaveavklaring. Denne uformelle oppgavefordelingen beskrives som en gråsoner. Oppgavene i gråsonene må nedtegnes i prosedyreverk (bl.a. i rollebeskrivelser og opplæringsplaner) for å kunne sikre faglig forsvarlighet.

Mangelen på arbeidsflyt ved samtidighetsutfordringer i akuttmottak fører til at pasienten utsettes for unødig venting som kunne ha vært redusert hvis enkelte oppgaver hadde vært formelt overført til sykepleiere. I dag utføres flere av de tradisjonelle legeoppgavene av sykepleiere på ad hoc basis. Ved en styrt prosess for formalisering av oppgaveoverføring vil faglig forsvarlighet sikres samtidig som arbeidsflyten i akuttmottak kan bedres.

Myndigheter og litteratur fremhever at utviklingen av oppgaveoverføring bør organiseres i standardiserte pasientforløp. For å utvikle disse må det etableres en systematikk for oppgaveoverføring som inneholder veiledning for gjennomføring. Utviklingen av sykepleierprofesjonen i Storbritannia, kan gi nyttige innspill til en slik prosess. Standardiserte pasientforløp ville kunne føre til en bedring i arbeidsflyt, pasientflyt og mer effektiv ressursutnyttelse (Biringe, et al., 2013) En konsekvens vil være redusert ventetid for pasienten

som skyldes uavklart oppgavefordeling og venting på lege. Utvikling av standardiserte pasientforløp og arbeid med arbeidsflyt kan være en anledning til å se på hvilke oppgaver som kan overføres fra lege til sykepleier.

Organiseringen av oppgavefordelingen mellom leger og sykepleiere i akuttmottak bør være under kontinuerlig revurdering med bakgrunn i den kontinuerlige utviklingen i behandlingsmetoder, medisinsk teknisk utstyr og kompetanseutvikling av profesjonene. Funnene fra intervjuene viser at flere oppgaver med stor sannsynlighet kan overføres forsvarlig til sykepleiere i akuttmottak uten å endre gjeldende bemanningssammensetning.

Informantene i undersøkelsen var hovedsakelig sykepleiere uten videreutdanning. De beskriver mulig oppgaveføring ut fra sin kompetanse som sykepleiere. Dette er interessant, sett opp mot litteraturen, der det i hovedsak beskrives at legeoppgaver kan overføres til sykepleiere med videreutdanning. Dette området trengs det mere forskning på, men tentativt kan en konkludere at siden norske sykepleiere er en høyt utdannet gruppe (Brusselkontoret, 2012), vil de være i stand til å overta flere oppgaver enn sykepleiere uten videreutdannelse i andre land. Oppfølgingen av denne studien i andre akuttmottak kan eventuelt bidra til å utdype funn som er presentert her. Dette kan for eksempel gjennomføres ved hjelp av metodikken beskrevet av NHS Scotlands Advanced Nursing Practice Toolkit (National Health Service Scotland, 2012).

Det er i denne studien identifisert oppgaver som vurderes å kunne overføres fra lege til sykepleier innenfor krav til faglig forsvarlighet. I Tabell 2 presenteres oppgaver som kan overføres fra leger til sykepleiere for å videreutvikle arbeidsflyt, pasientbehandling og ressursbruk.

Litteraturliste

Akershus Universitetssykehus HF. 2013. Brev i Tilbakemelding i tilsynssak.

<http://www.ahus.no/SiteCollectionDocuments/Ahus%20-%20svar%20010213%202013-03-04%2016-04-50.pdf>. [Internett] 2013. [Sisert: 04 04 2014.]

Ball, ST, Walton, K og Hawes, S. 2007. Do emergency department physiotherapy practitioners, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently? *Emerg Med J.* 24:185-8, 2007.

Befring, A og Ohnstad, B. 2004. *Jus for jordmødre og sykepleiere.* Kristiansand : Høyskoleforlaget AS, 2004. ISBN 82-7634-309-0.

Biringe, Eva, et al. 2013. Betre kvalitet med behandlingslinjer. *Sykepleien.* 4 (62-64), 2013.

Brusselkontoret. 2012. Nye oppgaver, nye roller - Europas helsevesen i endring.

<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/1034960/Oppgaveglidning%20-%20Nye%20oppgaver%20nye%20roller%20-%20Europas%20helsevesen%20i%20endring.PDF>.

[Internett] 04 04 2012.

Campell, H, et al. 1998. Integrated care pathways. *BMJ.* 316: 133-37, 1998.

Caspersen, J. 2012. Drivkrefter i profesjonsutdanningene i sykepleie og medisin.

<http://www.nifu.no/publications/980678-2/>. [Internett] 2012. [Sisert: 04 04 2014.] 978-82-7218-863-3/1892-2597.

Engbretsen , S, Røise, O og Ribu, L. 2013. Bruk av triage i norske akuttmottak.

<http://tidsskriftet.no/article/2966131>. [Internett] 2013. [Sisert: 04 04 2014.]

Erlie , T, Pettersen , J og Venneslan, K. 2010. Hva er akademisk læring? Bergen : Upublisert notat fra Universitet i Bergen, 2010.

Ezra, DG, et al. 2005. Reliability of ophthalmic accident and emergency referrals: a new role for the emergency nurse practitioner? *Emergency Medicine Journal.* 22 (10):696-9, 2005.

Fause, Å og Michaelsen, A. 2002. *Et fag i kamp for livet – sykepleiefagets historie i Norge.* Bergen : Fagbokforlaget, 2002. ISBN10: 8276744567.

Health, Department of. 2011.

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Chiefprofessionalofficers/Chiefnursingofficer/DH_108368. [Internett] 1 2011. [Sisert: 23 11 2014.]

— **2010.**

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113449.pdf. [Internett] Mars 2010. [Sisert: 23 11 2014.]

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2010-11. Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) Prop 91 L.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>. [Internett] 2010-11. [Sisert: 04 04 2014.]

Helsedirektoratet. 2014. *Nasjonal veileder for organisering og drift av somatiske akuttmottak.*

[<http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/Specialistutdanning-%20og%20struktur/Nasjonal%20veileder%20for%20organisering%20og%20drift%20av%20somatiske%20akuttmottak.pdf>] Oslo : s.n., 2014.

— **2013.** Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-/Sider/default.aspx>. [Internett] 2013. [Sisert: 04 04 2014.]

— **11-2013.** *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling.* s.l. : Helsedirektoratet, 11-2013. IS-2122.

— **2009.** Utdanne nok og utnytte godt. Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen. [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utdanne-nok-og-utnytte-godt-innenlandske-bidrag-for-a-mote-den-nasjonale-og-globale-hels](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utdanne-nok-og-utnytte-godt-innenlandske-bidrag-for-a-mote-den-nasjonale-og-globale-helsepersonellutfordringen/Publikasjoner/utdanne-nok-og-utnytte-godt-innenlandske-bidrag-for-a-mote-den-nasjonale-og-globale-hels). [Internett] 2009.

Helsepersonelloven. 2012. Helsepersonelloven med kommentarer. Lov av 2. Juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v. http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonelloven-med-kommentarer/Publikasjoner/IS_8_2012%20-

[%20revidert%20for%20lovendringer%20%20pr%2011%2003%2014.pdf](#). [Internett] 2012. [Sisert: 09 04 2014.]

Helsetilsynet. 2008. Mens vi venter - forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf.

[Internett] 2008. [Sisert: 04 04 2014.] 1503-4798.

— **2007.** Veileder for landsomfattende tilsyn 2007. Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus.

<http://www.helsetilsynet.no/upload/tilsyn/styringsdok/2007veilederakuttmottaksomatiskesykehus.pdf>. [Internett] 15 Januar 2007. [Sisert: 04 04 2014.]

Hem, M. 2012. Fokusgrupper som Forskningsmetode for Medisin og Helsefag. *Tidsskrift Den Norske Legeforening*. 2304, 2012, Vol. 123, 20.

Henderson, SO, et al. 2010. Emergency department ultrasound by nurse practitoners.

J.Am.Acad.Nurse Pract. 22(7):352-355, 2010.

Herck, P van, Vanhaesht, K og Sermeus, W. 2004. Effects of Clinical pathways. do they work? *J Integr Care Pathways*. 8 (3):95-104, 2004.

Hernæs, N. 2012. Dosere marevan. *Sykepleien*. 7, 2012, Vol. 100.

HOD. 1998. *Hvis det haster. Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet NOU 1998:9, 1998.

Jensen , PS, Holm, M og Christensen , FT. 2007. Optimeret modtagelsesprocdure for hoftefrakturpatienter. *Ugeskr Læger*. 169: 808-12, 2007.

Kjønstad, A. 2005. Styringsretten i helsevesenet. *Arbeidsrett*. Vol 2. Nr 1, 2005.

Koch, P. 2013. Kunnskap er ikke det samme som kompetanse.

<http://innovasjonsbloggen.com/2013/01/11/kunnskap-er-ikke-det-samme-som-kompetanse/>.

[Internett] 2013. [Sisert: 04 04 2014.]

Kunnskapsbasertpraksis. 2014. <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/kildevalg/>.

[Internett] 2014. [Sisert: 17 12 2014.]

Kvale, S. 1997. *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo : Ad Notam Gyldendal, 1997. ISBN 82-417-0807-6.

- Kvale, S og Brinkmann, S. 2009.** *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo : Gyldendal akademiske, 2009. ISBN 978-82-05-38529.
- Lerdal, A og Karlsson, B. 2008.** Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*. 3(3) s. 172-175, 2008.
- Lim, B, et al. 2013.** Comparing triage evaluation of adult dyspneic patients between emergency nurses and doctors using simulated scenarios. *International Emergency Nursing*. 21 (2):103-112, 2013.
- Linden, Christien van der, Reijnen, Resi og Vos, R de. 2010.** Diagnostic accuracy of emergency nurse practitioners versus physicians related to minor illnesses and injuries. *Journal of Emergency Nursing*. Volum 36, Issue 4. Page 392, 2010.
- Lindley-Jones, M og Finlayson, B J. 2000.** Triage nurse requested X-rays - are they worthwhile? *J Accid Emerg med*. 17:103-7, 2000.
- Lund, E C. 2012.** *Virke og profesjon. Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Oslo : Akribe, 2012. ISBN 978-82-7950-159-6.
- Malterud, K. 2011.** *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. Oslo : Universitetsforlaget AS, 2011. ISBN 978-82-15-01800-3.
- Meek, S, Kendall, J og Porter, J. 1998.** Can accident and emergency nurse practitioners interpret radiographs? A multicentre study. *J Accid Emerg Med*. 15:105-7, 1998.
- Melby, K. 1990.** *Kall og kamp*. Oslo : Capelens Forlag AS, 1990. 82-02-19505-5.
- Molven, O. 2012.** *Helse og jus*. Oslo : Gyldendal, 2012. ISBN 9788205427839.
- . **2009.** Krav til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet. https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2009/2009_helsepersonell_virksomheter_forsvarlighet.pdf. [Internett] 2009. [Sisert: 04 04 2014.]
- National Health Service Scotland. 2012.** <http://www.advancedpractice.scot.nhs.uk/>. [Internett] 3 2012. [Sisert: 23 11 2014.]
- . **2014.** <http://www.flyingstart.scot.nhs.uk/>. [Internett] 2014. [Sisert: 23 11 2014.]
- Nissen, R. 2000.** *Lærebok i sykepleie, med etterord av Kari Martinsen*. Oslo : Gyldendal, 2000. ISBN 82-00-45010-4.

Norsk Akkreditering. 2010. *Veileder til ISO 9001:2008 for Akuttmottak.* Kjeller : Norsk Akkreditering, 2010.

Norsk Overlegeforening. 2012. Tema Oppgaveglidning - Task-shift. *Overlegen.* 1, 2012.

Norsk Sykepleierforbund. 2008. *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag.* s.l. : Norsk Sykepleierforbund, ved forbundsleder Lisbeth Normann, 2008.

NOU 3. 2008. NOU 2008:3 Sett under ett. Ny Struktur i høyere utdanning.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/2008/NOU-2008-3.html?id=497182>. [Internett] 2008. [Sisert: 04 04 2014.]

Omsorgsdepartementet, Helse- og. 2008. Rammeplan for sykepleierutdanningen.
http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf. [Internett] 2008. [Sisert: 04 04 2014.]

Panella, M, et al. 2009. Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of cluster randomized controlled trial. *Qual Saf Health Care.* 18:369-73, 2009.

Pedersen , G B og Storm, O. 2009. Röntgenundersøgelser i skadestuen ordineret af læge eller sygeplejerske. *Ugeskrift for Læger.* 171(21), 1747-51, 2009.

Rotter, T, et al. 2010. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review). *The Cochrane Library.* 3, 2010.

Ryngstan, T, Nordmo, E og Jacobsen, D. 2000. Ventrikkeltømming og aktivt kull ved akutte forgiftninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2010-1, 2000, Vol. 120.

Sakr, M, et al. 1999. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet.* 354(9187):1321-6, 1999.

Skills for Health. 2014. <http://www.skillsforhealth.org.uk/developing-your-organisations-talent/skills-passport/>. [Internett] 2014. [Sisert: 23 11 2014.]

Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. Spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven).
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>. [Internett] 1999. [Sisert: 09 04 2014.]

Storvik, A G. 2013. Turnusleger styrer akuttmottakene. 2013.

Suman, P B og Braut, A L. 2006. *Lokalanestesi ved arteriell blodgass.* Prosjektoppgave KLOK gruppe K-10. s.l. : UIO, 2006.

Vennesland, K og Pedersen, J. 2007. *Hva er akademisk læring, Upublisert kompendium.* s.l. : Bergen, 2007.

Vedlegg 1. Informasjon om masterprosjektet.

Invitasjon til intervju og informasjon om masterprosjekt

Kan du tenke deg å være respondent i forbindelse med mitt mastergradsprosjekt?

Jeg studerer ved Universitetet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Medisinsk fakultet.

I masteroppgaven er jeg interessert i å finne ut **Rettslige rammer for endring av ansvarsfordeling mellom leger og sykepleiere i e akuttmottak**

I dette prosjektet er det to hovedspørsmål:

- A. Hvilke oppgaver har leger og sykepleier i dag?
- B. Hvilke oppgaver kan overføres til sykepleiere uten at forsvarlighetskravet brytes?

Intervjuet vil være en gruppesamtale rundt de overnevnte spørsmål og vil bli tatt opp på tape. Dette for å behandle og bruke materialet i oppgaven. Det blir ikke laget noe register, men dataene blir bearbeidet under kjennetegnene A, B, osv.. Som respondent kan du trekke deg når du måtte ønske så lenge studiet pågår uten at man må oppgi grunn. Eventuelle data vil bli utelatt fra undersøkelse. Etter oppgave innlevering vil alle lydfiler slettes.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning.

Veileder for oppgaven er Olav Molven, UIO

Oslo 17.06.13

Tord Kjesbu

Master Student

UIO

Jeg aksepterer at data fra intervju blir brukt i masteroppgaven.

Dato:

Signatur

Vedlegg 2. Intervjuguide

Intervjuguide

I forbindelse med mitt masterprosjekt ønsker jeg å gjennomføre gruppeintervju. Tema for oppgaven er:

Rettslige rammer for endring av ansvarsfordeling mellom leger og sykepleiere i e akuttmottak

Formål og forskningsspørsmål:

Formålet med oppgaven er å belyse om endringer av oppgavefordeling mellom leger og sykepleiere i e akuttmottak kan gi god pasientbehandling og bedre ressursbruk uten at forsvarlighetskravet brytes.

Introduksjon:

Jeg er interessert i å vite om hvordan dere som sykepleiere ser på organiseringen av ansvar og oppgaver mellom leger og sykepleiere i e akuttmottak?

Hvem er dere, kort om utdanning, erfaring?

Temaer:

A. Hvilke oppgaver har leger og sykepleier i dag?

- Kan dere beskrive hva som er sykepleiers selvstendige oppgaver i et akuttmottak i dag?
- Kan dere beskrive hva som er legens selvstendige oppgaver i et akuttmottak i dag?
- Kan dere beskrive hendelser hvor sykepleiere utfører oppgaver som legen egentlig skulle utført?
- Kan dere beskrive om det er oppgaver hvor ansvaret mellom lege og sykepleier er uavklart i dag?
- Kan dere beskrive om/hvis det er situasjoner hvor oppgavefordelingen endrer seg igjennom døgnet og helgen?

B. Hvilke oppgaver kan overføres til sykepleiere uten at forsvarlighetskravet brytes?

- Kan dere beskrive situasjoner hvor endringer i oppgavefordelingen mellom leger og sykepleiere kan gi raskere pasientbehandling?

- Kan dere beskrive oppgaver som sykepleiere i dag utfører som tidligere var legens oppgaver?
- Kan dere beskrive om hvorvidt endringer i diagnostiske verktøy (blodprøver, EKG, enkel ultralyd) over tid har ført til endringer i oppgavefordelingen mellom leger og sykepleier?
- Vedr. triagering i akuttmottak, beskriv om det er pasienter som kunne avklares bare av sykepleier, evt. gjøres det i dag?
 - Hvem har formelt ansvaret?
- Kan dere beskrive hva som evt. må til for at erfarne sykepleiere skal kunne arbeide på linje med en assistentlege?
 - Hva slags pasient/sykdomsbilde kan det evt. være?
- Hvordan (på hvilke måter) vil evt. endringer i oppgavedelingen påvirke behandlingen/risikobildet?
 - På hvilke måter vil ressursbruken påvirkes?

Vedlegg 3. Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres
N-5007 Berq
Norway
Tel: +47-55 58
Fax: +47-55 58
nsd@nsd.uio.no
www.nsd.uio.no
Org.nr: 985 32

Olaf Gjerløw Aasland
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 26.08.2013

Vår ref:35090 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35090	<i>Rettslige rammer for endringer av ansvarsfordeling mellom leger og sykepleiere i somatiske akuttmottak</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Olaf Gjerløw Aasland</i>
<i>Student</i>	<i>Tord Kjesbu</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uio.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marie Strand Schildmann

Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Tord Kjesbu, Kampevien 31, 1350 LOMMEDALEN

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrrs.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@sv.uio.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35090

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskriv mottatt den 19.08.2013 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 15.11.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.